UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

LA ENFERMEDAD MENTAL EN MEXICO

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a :

ELISEO CARMONA ROMERO

México, D. F. 1971

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z 5053.08
UNAM. 55
1971

U.N.A.M.

Z5053.08
UNAM. 55
1971
ej. 1

M- 158788
tps. 209

AL DR. ROBERTO FLORES VILLASAÑA:

Que me dirigió esta tesis, con agradecimiento.

A MIS PADRES Y HERMANA:

Con todo mi cariño.

T. Ps. 00631

INDICE

		Páginas
INTRODUCCION ----------		1
I.-	LA "MENTE" Y SUS PROBLEMAS ----------	4
	Definición de la "mente".	
	Concepto de enfermedad psicosocial.	
	El problema actual de la definición de enfermedad mental y sus antecedentes históricos:	
	a) Conceptos primitivos	
	b) Era grecorromana	
	c) La Era Moderna	
	d) Epoca Contemporánea	
	Definición y aspectos de la psicopatología.	
II.-	DIFERENTES CLASIFICACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES ----------	16
III.-	HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN MEXICO ----------	22
	Epoca Prehispánica.	
	La Colonia.	
	La Independencia.	
	Principios del Siglo XX.	
	Desde la Revolución hasta la actualidad.	
IV.-	ORGANIZACION DE LA SALUD MENTAL PUBLICA -------	31
	Organograma de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación.	
	Directorio de Instituciones de la Especialidad en el Distrito Federal. 1966-67	
V.-	HOSPITALES Y SERVICIOS PSIQUIATRICOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL, EL IMSS Y EL --- ISSSTE EN LA REPUBLICA. 1971 ----------	46
	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".	
	Instituto Nacional de Neurología.	

Páginas

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Los Hospitales Granja.

Servicios Psiquiátricos del Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS) en la República. 1969

Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los trabajadores del Estado(ISSSTE).

VI.- INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN NUESTRO PAIS ---------- 59

VII.- TERAPEUTICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL ---------- 73

Psicoterapia individual.

Psicoterapia de grupo.

Otras técnicas psicoterapéuticas.

Medidas adjuntas de la psicoterapia.

VIII.- EL PROBLEMA DE LOS ENFERMOS MENTALES ---------- 97

IX.- PSIQUIATRIA Y DELINCUENCIA ---------- 99

X.- GENETICA EN LOS PADECIMIENTOS MENTALES Y PERSPECTIVAS CRIMINOLOGICAS ---------- 101

XI.- EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEGISLACION PENAL MEXICANA ---------- 106

XII.- CONCLUSIONES SOBRE LA LEGISLACION DE ALIENADOS EN MEXICO ---------- 111

XIII.- ANALISIS CLINICOS DE DIAGNOSTICOS ---------- 113

Análisis Clínico Global de Diagnósticos de todos los Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Dirección de Salud Mental.
Sept. 1967- Agosto 1968

Análisis Clínico de Diagnósticos en Hospitales y Sanatorios Psiquiátricos Públicos y Privados en el D. F. Dic. 1968- Agosto 1970

Páginas

CONCLUSIONES ---------- 126

RESUMEN ---------- 129

BIBLIOGRAFIA ---------- 131

INTRODUCCION

Ha ocurrido a través de la historia del hombre que algunas enfermedades, por su frecuencia y gravedad, se han convertido en un problema social; es así, como la tuberculosis, la lepra y la sífilis han marcado épocas; las cardiopatías, los cánceres y las enfermedades mentales constituyen, en la actualidad, un aspecto muy importante de la patología humana. Estos padecimientos contemporáneos, que con frecuencia, rebasan las áreas de la medicina y de la psicología, se relacionan con las sociedades en que vivimos y que, tal parece, propician su auge.

La enfermedad mental debido a su difícil y compleja terapéutica, es un gran reto para la humanidad.

En general, el padecimiento mental, se expresa como un desorden de la conducta y su causa aparente, es un mal ajuste en las relaciones sociales.

En todos los paises son insuficientes las instituciones disponibles para la atención de los enfermos mentales, y un gran número de éllos - de todos los niveles sociales - con responsabilidad limitada, viven en libertad, perturbando la vida social y familiar.

En las últimas décadas se ha modificado la imágen social del enfermo mental, mucho se ha progresado desde las cadenas de la Salpetriére hasta las clínicas del Estado y los tratamientos ambulantes.

Sin embargo, es apremiante organizar el enfrentamiento social a las enfermedades psíquicas, luchar contra su invasión y multiplicación (profilaxis social) y atender debidamente a dichos enfermos, puesto que la sociedad tiene al respecto deberes y derechos inalienables: atender y cuidar a los enfermos y protegerse a sí misma.

Actualmente con el alejamiento del Humanismo, el número excesivo-

de tóxicos y enervantes que forman parte de nuestra vida cotidiana, el número considerable de angustiosos problemas de orden económico, ----- sexual y emocional que gravitan pesadamente sobre nosotros, aunados a- una mayor capacidad de diagnóstico de las técnicas psicológicas, las-- enfermedades mentales manifiestan un considerable incremento. Nos en-- contramos sometidos a múltiples excitaciones del medio ambiente, que-- constituyen a no dudarlo, el atributo emotivo que nos hace pagar nues- tra civilización.

Las múltiples incertidumbres de la vida diaria, el impacto des--- quiciador de la guerra fría que amenaza continuamente con el desenca-- denamiento de un nuevo conflicto mundial, todavía más brutal, más ---- odioso porque no respetaría nada, hace que con frecuencia se llegue al límite de la resistencia del equilibrio psicoemocional y se constitu-- ya la enfermedad.

Hay además en todo el mundo una bancarrota de la moral.

Debe hacerse énfasis en estos tiempos en la prevención de la en-- fermedad mental, ya que si se organiza adecuada labor de profilaxis -- social de las perturbaciones mentales se podrá conseguir, a semejanza- de lo que se ha obtenido en el campo de las enfermedades infecciosas,- un colapso de éstos problemas.

Para la profilaxis o la detención de un desorden de carácter men- tal, ya sea en el adulto o en el niño, es esencial que el médico gene- ral tenga un conocimiento básico de la medicina psicosomática y de la- psicología y que además aumenten considerablemente el número de psi -- quiatras, psicoanalistas y psicólogos, para curar y rehabilitar a los- individuos e integrarlos nuevamente a su grupo social. Y todos estos - profesionales, deben de antemano estudiar el grupo social al que per-- tenecen los pacientes, algunos de éllos es necesario que se dediquen -

con profundidad a la investigación de los problemas de la enfermedad-- mental.

Las autoridades de todas las naciones deben emprender y mantener- constantemente campañas para la prevención de los padecimientos men--- tales, como se ha hecho con las enfermedades físicas, y tomar muy en-- cuenta que la mayoría de las enfermedades mentales se inician en la -- infancia.

En México, junto al desarrollo económico y al proceso educativo,- las enfermedades en general aparecen como un serio obstáculo.

Las enfermedades infecciosas afectan a un gran número de personas y la incidencia de muertes causadas por ellas es muy alta aún.

Las enfermedades mentales en nuestro país, objeto de esta tesis,- significan al igual que en los demás del mundo, un grave problema. Esto me ha preocupado desde hace tiempo y mi propósito es, destacar la-- importancia que tiene en México, así como que todavía no se le presta- la atención debida. Y por último, haré algunas sugerencias, que po --- drían ayudar a combatir tales padecimientos.

Las dificultades para el diagnóstico de las enfermedades psíqui-- cas y lo complejo de su tratamiento, unido a sus consecuencias en la-- sociedad, hacen que su significación y estudio trascienda el campo de- lo psiquiátrico y que nos interesemos también por ellas dentro de --- otras áreas de la ciencia, sobre todo en la Psicología.

I. LA "MENTE" Y SUS PROBLEMAS

DEFINICION DE LA "MENTE"

Los intereses filosóficos de Descartes y de otros sobre la "mente" establecieron una explicación dual de la conducta humana. Sin embargo, no existe, actualmente, ninguna objeción para usar este término, mientras se emplee para connotar en forma colectiva algunas actividades funcionales del organismo, en especial, las del organismo como una personalidad individual. Como corolario a esta definición de mente, las reacciones de partes aisladas del organismo se designarían como "fisiológicas", y "mente" sería la respuesta integrada del organismo al complejo de fuerzas fisiológicas, psicológicas y sociológicas que obran sobre él. La "mente", en consecuencia, es sólo un aspecto -el psicológico- de las funciones biológicas del organismo y no una entidad metafísica que existe paralela al cuerpo. La dicotomía que parece implícita al hablar de "mente y cuerpo" no existe en el organismo. Ambos son expresiones equivalentes e inseparables de la vida misma: los dos aspectos de la existencia psicosomática, fases diferentes de una unidad fundamental de funcionamiento biológico. La expresión de esta unidad funcional que reacciona, o sea la expresión de la mente, constituye la conducta (1).

CONCEPTO DE ENFERMEDAD PSICOSOCIAL

Debe entenderse por enfermedad psicosocial una alteración de las estructuras y dinámica de la colectividad, que impide la existencia de un ambiente mentalmente sano y que fomenta a su vez, tendencias destructivas, desintegración familiar, delincuencia, toxicomanías, etc.

Esta alteración socioeconómica de la comunidad está íntimamente relacionada con la enfermedad mental de sus habitantes, quiénes, además de estas manifestaciones colectivas tendrán desajustes individuales de diversa calidad y magnitud.(2)

EL PROBLEMA ACTUAL DE LA DEFINICION DE ENFERMEDAD MENTAL Y SUS ANTECEDENTES HISTORICOS:

Conceptos Primitivos

Los conceptos de enfermedad que se encontraron en los pueblos primitivos difieren de los que las comunidades científicas de hoy sostienen; no obstante, de vez en vez se observa en la población general de las sociedades más avanzadas técnicamente, restos de tales ideas primitivas sobre la enfermedad. Para el hombre primitivo todas las enfermedades se deben a la influencia de fuerzas que actúan fuera del cuerpo y se consideran sobrenaturales; por ejemplo: los espíritus del mal, las brujas, los demonios, los dioses o los magos. Estas explicaciones demonológicas son particularmente poderosas cuando se trata de dar sentido a las enfermedades que afectan a la conducta. El hombre primitivo elaboró tales ideas a partir de sus propias experiencias personales y de sus contactos con los enfermos; sus propios sueños sobre el retorno de los muertos y el recuerdo de las amenazas, exigencias y afectos de los fallecidos quizá apoyaron la explicación que toma en cuenta la influencia del más allá; sus observaciones sobre la conducta disparatada, impertinente, insensata y destructora del delirante y del psicótico, sus aprehensiones frente a un ataque convulsivo y sus esfuerzos para explicar el fenómeno del miembro fantasma después de una amputación, probablemente sustentaron el concepto de la posesión demonológica como causa de los cambios peculiares y aterradores

que aparecian en los familiares y amigos del hombre primitivo.(3)

Era Grecorromana

Hipócrates (460-375) A. C., rechazó por completo la influencia -- de los dioses como causa de la enfermedad mental e influyó también en- las actitudes sociales de su tiempo, así mismo, hizo la primera clasificación de las enfermedades mentales.

Empédocles habló de la importancia de las emociones y señaló que- el amor y el odio eran fuentes fundamentales que determinaban cambios- en la conducta humana. Platón aceptó estos conceptos al hablar de Eros en la vida personal del hombre.

El punto culminante de la observación científica se alcanzó du -- rante la vida del médico romano Galeno (130-200), quien con el enfoque científico, estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que - el órgano o la parte del cuerpo que expresaba dichos síntomas fuera la parte alterada. Galeno postuló la teoría del alma racional, que divi-- dió en una parte externa y otra interna. Dentro de este sistema, la -- primera constaba de los cinco sentidos; las funciones de la segunda -- eran la imaginación, el juicio, la percepción y el movimiento. Galeno- concluyó, de acuerdo con el pensamiento de Platón y en contra de las-- ideas de Aristóteles, que el asiento del alma era el cerebro y no el-- corazón. Así, los comienzos de la psicodinamia, se encuentran precisamente en el período grecorromano; desapareció casi por completo en la- Edad Media, ocasionalmente emergió en algunos escritos filosóficos y-- finalmente reapareció en el movimiento psicodinámico moderno que Sig-- mund Freud inició.

Las ideas griegas continuaron en vigencia, pues, durante el Imperio Romano, al declinar el cual y durante la Edad Media reaparecieron- la demonología, las explicaciones espiritístas y los exorcismos, con--

los cuales disintieron sólo unos cuantos individuos. Francis Bacon y otros filósofos del siglo XVII, reconocieron que las funciones de la "mente" eran de importancia en el orden natural del universo. Estos puntos de vista llegaron a tener una profunda influencia sobre el pensamiento médico.(4)

La Era Moderna

En esta etapa histórica tuvo lugar un nuevo resurgimiento del interés por el significado de la enfermedad mental. Bajo la dirección de Chiaruggi en Italia (1759-1820), Philippe Pinel (1745-1826) en Francia, Daniel Tuke (1827-1895) en Inglaterra y Dorothea Dix (1802-1887) en Estados Unidos, se eliminaron las cadenas de los pacientes -- la liberación más espectacular fué la que hizo Pinel con los que estaban internados en el hospital de La Salpetrière de París - .

Kraepeling (1856-1926), supuso que las enfermedades mentales eran entidades patológicas definidas, análogas a las enfermedades físicas y determinadas por su etiología, sus síntomas, su evolución y resultado final, lo que lo obligó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar las causas físicas de las enfermedades mentales; a él se debe la primera descripción global de lo que él creyó que eran entidades de enfermedad mental.

El mundo científico tuvo su primer contacto con la influencia de los procesos puramente psicológicos sobre los síntomas de una enfermedad, gracias al furor que Mesmer (1734-1815), provocó en París con las curas que produjo al tratar muchas enfermedades, incluyendo la histeria, por medio de su técnica del "magnetismo animal".

Su técnica se conservó y se empleó en Inglaterra y Estados Unidos. El inglés James Braid (1795-1860) aportó una fórmula descriptiva del memerismo e introdujo el término "hipnotismo". El médico rural francés A. Liebault (1823-1904) aprendió a usar ampliamente el hipno-

tismo en sus pacientes y fué quien enseñó la técnica a Jean Martín -- Charcot (1825-1893), el renombrado neurólogo francés. El trabajo de -- Liebault representa, quizá, el primer uso directo de las fuerzas psi-- cológicas en la práctica de la medicina, como un equivalente de otras- técnicas convencionales para aliviar el sufrimiento de los enfermos.

Aunque Charcot dudó del concepto cada vez más divulgado, de que-- las fuerzas psicológicas podían provocar la histeria, su posición emi- nente en la neurología francesa impulsó el estudio de éste y otros --- trastornos en una forma seria.

Hippolyte-Marie Bernheim (1840-1919), aventuró la teoría de que-- la histeria era una enfermedad de origen mental y probablemente fué el primero en aplicar el término "psiconeurosis" a la histeria y otros -- estados similares.

Pierre Janet (1859-1947), también impulsó el desarrollo del pun-- to de vista psicodinámico. Reconoció que las ideas fijas y el conflic- to interior ante la realidad en los casos de histeria, eran de natura- leza neurótica, e insistió en que se trataran por medios psicológicos. Janet elaboró la teoría de que las neurosis son la falta de tensión -- psíquica adecuada en el paciente.

Sigmund Freud (1856-1939), su descubrimiento del inconsciente, lo llevó a considerar que los trastornos mentales no orgánicos eran debi- dos a conflictos inconscientes no resueltos. Esta teoría dió un gran-- impulso a la corriente que propugnaba por el reconocimiento del origen psicológico de una gran porción de las enfermedades mentales.

Fué inmensa la contribución de Freud en el estudio de la neurosis y su técnica terapéutica el psicoanálisis aún tiene gran importancia-- en la actualidad.

Josef Breuer, quiza, fué el primero en reconocer que los síntomas

neuróticos tenían un "significado" en relación con la vida previa del paciente. Con él colaboró estrechamente Freud.

Alfred Adler (1870-1937), para él, los diversos procesos psicológicos por medio de los cuales el hombre trata de negar su inferioridad y mantener la ficción del logro, constituyen los síntomas de la neurosis.

Adolph Meyer (1866-1950), insistió en que numerosas fuerzas biológicas, psicológicas y sociales contribuyen tanto a la salud como a la enfermedad mental, y dió el nombre de "psicobiológico" a este enfoque.

C. G. Jung (1875-1961), atribuyó el origen de las enfermedades mentales a la suposición de que el contenido del inconsciente colectivo agobia al individuo, y las determinantes filogenéticas de dicha parte del inconsciente desintegran la organización psíquica; como consecuencia, los impulsos y sentimientos del inconsciente colectivo aniquilan al individuo sin que importen su voluntad consciente o su razón (5).

Epoca Contemporánea

Actualmente, en general, se considera que el trastorno mental es un desorden de la conducta causado, aparentemente, por un mal ajuste en las relaciones sociales, en el cual no es demostrable lesión anatómica, ni anormalidad fisiológica o bioquímica del sistema nervioso; sin embargo, hay que descartar aquí en esta definición los padecimientos psíquicos de origen primariamente orgánico, que también existen.

Hay otras opiniones que tratan de definir la enfermedad mental, como lassiguientes: un criterio empírico de desadaptación social conduciría a usar índices como las tasas de suicidios, homicidios, delincuencia juvenil, divorcios, etc., como indicadores de desorden mental en una comunidad (6). La relatividad de las normas culturales acerca de

la muerte, la actividad sexual o el delito en diversos grupos humanos, y la escasa validez de estos índices como señales de desorden mental,- hace que el criterio mencionado tenga escaso valor predictivo científico y no sea comparable transculturalmente. Dada la multiplicidad y-- el polimorfismo de las culturas que se encuentran en Latinoamérica, es importante insistir en que las definiciones deben formularse en el nivel transcultural. El criterio de incapacidad para el trabajo o de incapacidad social (impairment) se puede utilizar únicamente en forma -- paralela a un criterio clínico para definir un "caso" en estudios de-- campo.

En el otro extremo, con un criterio individualista subjetivo, se- afirma que hay desorden mental cuando la persona se siente subjetivamente infeliz o desadaptada.(7) Este criterio, apoyado por la escuela- psicoanalítica, sufre de la limitación opuesta a la anterior: ignora-- la existencia de normas culturales supraindividuales. Además, ciertos- pacientes (dementes, maníacos, etc...) pueden actuar con autosatis --- facción individual a pesar de estar dominados por serias enfermedades.

La definición de enfermedad mental mediante síntomas psicológicos, objetivados mediante las pruebas psicológicas, constituye por ahora -- solo una ayuda complementaria, pues el criterio externo de validación- de dichas pruebas no está suficientemente definido.

Otro criterio, aún más difícil de aplicar, consiste en considerar como desorden mental el fracaso de un individuo en lograr el desarrollo de todas sus potencialidades (8). El número y variedad de factores individuales y supraindividuales que pueden limitar dicho desarrollo,- así como el carácter desiderativo de este último, hacen imposible el-- uso práctico de tal criterio.

Por último, se ha usado el diagnóstico psiquiátrico como criterio

de enfermedad mental. Este criterio surge de la fuente misma donde -- se ha estudiado el problema psicopatológico; es decir, la actividad-- clínica, por lo que podría contribuir,en forma notable, a la elaboración de una futura definición, que sea válida transculturalmente.(9)

Desde el punto de vista de la Medicina, una enfermedad para serlo, - tal considera también, al trastorno mental- tiene que implicar- patología y ésta se integra con los siguientes elementos:

Etiología y Patogenia: causa de la enfermedad y desenvolvimiento de-- la misma.

Cuadro clínico: signos y síntomas habituales en base a los cuales se- hace el diagnóstico.

Nosología: encuadramiento y descripción así como denominación dentro- de la patología y Clínica.

Evolución: que puede ser a) hacia la curación, b) hacia la cronici---- dad, c) hacia la muerte, o bien:

Involución: regresión hacia un estadio anterior al alcanzado por el-- desarrollo en salud.

Manejo y Tratamiento: procedimiento de contención, alivio y curación- o restitución del daño determinado por la causa y la respuesta indi-- vidual corporal y psíquico-espiritual así como social.

Prevención: posibilidad de evitar que se dé en los individuos y que - se extienda o disemine en la comunidad familiar y social: barrio, escuela, ciudad y nación.

Epidemiología: frecuencia e incidencia en la población.

Denominación: de acuerdo con la naturaleza anatomopatológica, fisio-- patológica y psicopatológica del cuadro mismo.

Según este criterio, las enfermedades mentales se caracterizan-- por ser reacciones o síndromes, (conjunto de signos y síntomas que -- aparecen siempre juntos independientemente de la causa que los produ-

ce); pueden estar determinados o asociados a factores conocidos o desconocidos en cuyo caso se dice simplemente que se desconoce la causa. Los factores causales de la enfermedad mental irrumpen sobre la persona entera y sobre los distintos estratos de la personalidad haciéndose más conspicua o notable su influencia nociva sobre uno u otro de los-- estratos de la personalidad.

DEFINICION Y ASPECTOS DE LA PSICOPATOLOGIA

Se ha definido a la psicopatología en diversas formas: "el estudio científico de las alteraciones mentales desde el punto de vista -- psicológico" (10), "la investigación sistemática de estados mentales-- morbosos" (11), y "la rama de la ciencia que trata de la morbilidad y- patología de la psique o mente" (12). En lenguaje menos técnico podría decirse que la psicopatología es el estudio de los signos y síntomas-- de las dificultades mentales.

Los aspectos de la psicopatología son: 1) clasificación, 2) psicodinámica, 3) psicogénesis.

La clasificación se refiere al ordenamiento de los signos y síntomas de dificultad mental por grupos o tipos de significación. Sin -- embargo, contrariamente a los diagnósticos tradicionales de la medicina clínica, las actuales clasificaciones de la psicopatología no guardan invariablemente relación con la etiología. La complejidad de la -- conducta humana no ha dado aún una nosología que relacione en forma -- invariable los fenómenos descriptivos con los factores causales, los-- que a su vez dictan los procedimientos del tratamiento específico. En- algunos casos, la clasificación lleva a importantes distinciones que-- tienen implicancias tanto para el tratamiento como para el pronóstico; en otras ocasiones, su mérito reside en constituir un recurso para fi-

nes comunicativos y estadísticos. De cualquier forma, la descripción-- y clasificación adecuadas cumplen un importante papel al contribuir a- la interpretación de la enfermedad, y pueden dar las bases para determinar medidas de prevención positivas.

La psicodinámica se refiere en esencia al significado funcional-- de los aspectos emocionales y de motivación de la conducta, incluyendo las determinantes conscientes e inconscientes. Así, un síntoma se-- considera expresión o resultante de una constelación de fuerzas que -- actúan en lo íntimo de la persona.

La base argumental de la psicodinámica es que la conducta está -- dirigida a un fin y motivada por impulsos, necesidades y fuerzas de -- las que no siempre se tiene conciencia. Esto implica que el hombre, -- aunque se considera un ser racional, está gobernado con frecuencia por fuerzas que no comprende ni reconoce. Las explicaciones racionales que da de su comportamiento pueden tener escasa relación con las motivaciones que en realidad lo determinan. Más aún, las razones conscientes -- "aceptables" de su conducta pueden estar en conflicto con las que se-- encuentran fuera del ámbito de su conciencia. Muchos síntomas pueden-- ser considerados como el resultado de tal conflicto y la angustia que- el mismo precipita.

La comprensión de la psicodinámica del paciente individual suele- lograrse sólo a través de una exploración intensa. La aclaración de la psicodinámica requiere por lo general técnicas tales como la observa-- ción directa, la entrevista, la revisión biográfica del individuo, los tests psicológicos, la interpretación de sueños y fantasías, y otros-- métodos de investigación menos utilizados (hipnosis, entrevista bajo-- los efectos del amital, etc.). Sin embargo, a pesar de la especifici-- dad de la psicodinámica de un individuo, son posibles las abstraccio--

nes y generalizaciones que relacionan ciertos síntomas con sus proba -- bles motivaciones.

La psicogénesis trata del origen o los comienzos de la altera --- ción, más que de su expresión actual. La psicogénesis se refiere esen-- cialmente a aquellas experiencias de la vida que establecieron proba -- blemente las normas de motivación descritas en "psicodinámica". Una su- posición fundamental implícita es que las propias normas de motivación- se establecen y derivan principalmente de las experiencias tempranas,-- sobre todo en los primeros cinco años de vida. Esta presunción no niega que los factores genéticos o somáticos puedan ser determinantes impor-- tantes de la conducta anormal, ni que las experiencias ulteriores de la vida modifiquen normas de comportamiento establecidas a edad temprana.- Pero sí destaca la importancia de los factores psicológicos o propios-- de la experiencia temprana que se cree están relacionados con el sínto- ma que se estudia. En muchos casos, los mismos factores resultan en úl- tima instancia relacionados con otra causa o etiología anterior; de ahí que psicogénesis no quiera decir causalidad fundamental.

Nuestros conocimientos actuales de la relación entre las experien- cias de la primera parte de la vida y las psicopatías ulteriores se ba- san principalmente en datos históricos retrospectivos. En ciertas for-- mas de psicopatías se perpetúan a lo largo de la vida, de manera repe-- titiva y a menudo evidente, las primeras inadaptaciones a las normas de conducta; en otros casos, las experiencias tempranas parecerían esta -- blecer una vulnerabilidad que puede no resultar evidente hasta que los- síntomas sean precipitados por una situación que, de cierta manera, re- cuerda o restablece dificultades de la primera parte de la vida. Al es- tudiar estas relaciones debe reconocerse que la persona es siempre el-- producto de la acción recíproca entre su potencial génico y el ambiente en que ha vivido. Sin embargo, salvo cuando existe una patología orgá--

nica específica, la psicogénesis intenta especificar la contribución-- de la experiencia a la psicopatía de que se trata. (13)

II. DIFERENTES CLASIFICACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La más antigua conocida es la de Hipócrates (460-375 A. C.), --- quien clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenesí. Sus descripciones de las enfermedades indican que ya entonces-- se conocían la epilepsia, la histeria, la psicosis postparto y los -- síndromes cerebrales agudos (estados delirantes) que aparecen junto-- con las enfermedades infecciosas y después de una hemorragia. (14)

En los tiempos modernos la primera que apareció estuvo inspirada en los estudios clínicos de Pinel, Morel y Esquirol y esto fue en el- año 1860;

1.- Indisposiciones mentales o cuadros neuróticos.

2.- Melancolía

3.- Manía sin delirio

4.- Manía con delirio

5.- Demencia o locura

6.- Idiotismo o imbecilidad (15)

A esta siguió la Clasificación de la Liga Europea de la Higiene- Mental en 1923:

Trastornos mentales congénitos

Psicosis endógenas

Psicosis reaccionales

Psicosis sintomáticas

Encefalopatías y estados orgánicos

Epilepsia

Tóxicomanías

Neurópatas: neurópatas no alienados. (16)

Casi en la misma fecha que la anterior la de Kraepeling en 1924:

II.- Alteraciones mentales en otras encefalopatías.

III.- Alteraciones mentales en las intoxicaciones.

IV.- Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas.

V.- Sífilis

VI.- Arterioesclerosis cerebral y proceso de regresión.

VII.- Epilepsia (genuina)

VIII.- Demencia precoz

IX.- Psicosis maníaco depresiva

X.- Psicopatías

XI.- Reacciones psicógenas

XII.- Paranoia

XIII.- Oligofrenia

XIV.- Casos obscuros

La demencia precoz fué designada luego esquizofrenia y está dividida en: Simple

Paranoide

Hebefrénica

Catatónica

La Paranoide después se destacó del grupo de las esquizofrenias.

Estos conceptos sobre demencia precoz y esquizofrenia corresponden también a Eugene Breuler.(17)

Otra clasificación, más reciente, es la de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría en 1938:

I.- Síndromes cerebrales orgánicos:

a) Agudos

b) Crónicos

II.- Psicosis sin alteración orgánica:

a) Esquizofrenia

b) Melancolía involutiva

c) Reacciones afectivas:

Enfermedades maníaco depresivas

Depresión psicótica

d) Estados paranoides:

Paranoia involutiva y estados paranoides.

III.- Neurosis

IV.- Trastornos de personalidad y otros no psicóticos:

a) Personalidad antisocial

b) Desviación sexual

c) Alcoholismo y dependencia a drogas.

V.- Trastornos fisiológicos

VI.- Síntomas especiales

VII.- Trastornos situacionales

VIII.- Afecciones (sin trastornos psicóticos)

IX.- Retardo mental

X.- Adaptación social deficitaria:

a) Conducta disoluta

b) Afecciones no especificadas (18)

Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales

Octava revisión, que fué definitiva oficialmente en 1968.

(Organización Panamericana de la Salud, de la OMS)

Lista de Categorías- V. Trastornos Mentales

PSICOSIS (290-299)

290: Demencia Senil y Presenil:
290-0 Demencia Senil
290-1 Demencia Presenil

291: Psicosis Alcohólica:
291-0 Delirium Tremens
291-1 Psicosis de Kórsakov
291-2 Otras Alucinosis Alcohólicas
291-3 Paranoia Alcohólica
291-9 Otras y las no especificadas

292: Psicosis Asociadas con Infección Intracraneal:
292-0 Con Parálisis General
292-1 Con otras formas de Sífilis del Sistema Nervioso Central
292-2 Con Encefalitis Epidémicas
292-3 Con otras encefalitis especificadas y las no especificadas
292-9 Con otras infecciones intracraneales y con las no especificadas

293: Psicosis Asociadas con otras Afecciones Cerebrales:
293-0 Con Arterioesclerosis Cerebral
293-1 Con otros trastornos cerebrovasculares
293-2 Con Epilepsia
293-3 Con Tumores Intracraneales
293-4 Con Enfermedades Degenerativas del SNC
293-5 Con Traumatismo Cerebral
293-9 Con otras afecciones del cerebro y con las no especificadas

294: Psicosis Asociadas con Otras Afecciones Somáticas:
294-0 Con Trastornos Endócrinos
294-1 Con Trastornos Metabólicos y de la Nutrición
294-2 Con Infecciones Generalizadas
294-3 Con Intoxicación por Drogas o Venenos
294-4 Con el Parto
294-8 Con otras afecciones somáticas
294-9 Con afección Somática sin otra especificación

295: Esquizofrenia:
295-0 Tipo Simple
295-1 Tipo Hebefrénico
295-2 Tipo Catatónico
295-3 Tipo Paranoide
295-4 Episodio Esquizofrénico Agudo
295-5 Esquizofrenia Latente
295-6 Esquizofrenia Residual
295-7 Tipo Esquizoafectivo
295-8 Otros tipos
295-9 Tipo no especificado

296: Psicosis Afectivas:
296-0 Melancolía Involutiva
296-1 Psicosis Maniacodepresiva, Tipo Maniaco
296-2 Psicosis Maniacodepresiva, Tipo Depresivo
296-3 Psicosis Maniacodepresivo, Tipo Circular (Ciclotímica)
296-8 Otros Tipos
296-9 Tipo no especificado

297: Estados Paranoides:
297-0 Paranoia
297-1 Paranoia Involutiva
297-9 Otros

298: Otras Psicosis:
298-0 Psicosis Reactivo-Depresiva
298-1 Excitación Reactiva
298-2 Confusión Reactiva
298-3 Reacción Paranoide Aguda
298-9 Psicosis Reactiva sin otra especificación

299: Psicosis no Especificada

NEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS (300-309)

300: Neurosis:
300-0 Neurosis de Ansiedad
300-1 Neurosis Histérica
300-2 Neurosis Fóbica
300-3 Neurosis Obsesivo-Compulsiva
300-4 Neurosis Depresiva
300-5 Neurastenia
300-6 Síndrome de Despersonalización
300-7 Neurosis Hipocondriacas
300-8 Otras
300-9 No especificada

301: Trastornos de la Personalidad:
301-0 Personalidad Paranoide
301-1 Personalidad Afectiva (Ciclotímica)
301-2 Personalidad Esquizoide
301-3 Personalidad Explosiva
301-4 Personalidad Anancástica (Obsesivo-Compulsiva)
301-5 Personalidad Histérica
301-6 Personalidad Asténica
301-7 Personalidad Antisocial
301-8 Otros
301-9 Tipo no especificado

302: Desviación Sexual:
302-0 Homosexualidad
302-1 Fetichismo
302-2 Pedafilia
302-3 Transvestismo
302-4 Exhibicionismo
302-8 Otros
302-9 No especificada

303: Alcoholismo:
303-0 Exceso Alcohólico Episódico
303-1 Excesos Alcohólicos Habituales
303-2 Adicción al Alcohol
303-9 Otras formas de Alcoholismo y las no especificadas

304: Adicción a las Drogas:
304-0 Opio, Alcaloides del opio y sus derivados
304-1 Analgésicos sintéticos de efectos parecidos a los de la morfina
304-2 Barbitúricos
304-3 Otros hipnóticos y sedantes o "tranquilizadores"
304-4 Cocaina
304-5 Cannabis sativa (haschisch, marihuana)
304-6 Otros Psicoestimulantes
304-7 Alucinógenos
304-8 Otras
304-9 Droga no especificada

305: Trastornos Somáticos de Origen Psíquico presumible:
305-0 Cutáneos
305-1 Osteomusculares
305-2 Respiratorios
305-3 Cardiovasculares
305-4 Hemáticos y Linfáticos

305-5 Gastrointestinales
305-6 Genitourinarios
305-7 Endócrinos
305-8 Organos de los Sentidos
305-9 Otros

306: Síntomas Especiales no clasificables en otra parte:
306-0 Alteraciones del Habla
306-1 Trastornos Específicos en el Aprendizaje
306-2 Tics
306-3 Otros Trastornos Psicomotores
306-4 Alteraciones del Sueño
306-5 Trastornos de la Alimentación
306-6 Enuresis
306-7 Encopresis
306-8 Cefalalgia
306-9 Otros

307: Trastornos Transitorios de Inadaptación a Situaciones Especiales

308: Trastornos de la Conducta en la Infancia

309: Trastornos Mentales, no especificados como psicóticos, asociados con afecciones somáticas:
309-0 Con Infecciones Intracraneales
309-1 Con Intoxicación General por Drogas o Venenos
309-2 Con Traumatismo Cerebral
309-3 Con Trastornos Circulatorios
309-4 Con Epilepsia
309-5 Con Trastornos del Metabolismo, del Crecimiento o de la Nutrición
309-6 Con Enfermedad Cerebral Senil o Presenil
309-7 Con Tumor Intracraneal
309-8 Con Enfermedades Degenerativas del SNC
309-9 Con otras enfermedades somáticas y con las no especificadas

OLIGOFRENIA (310-315)
310: Oligofrenia Liminar
311: Oligofrenia Discreta
312: Oligofrenia Moderada
313: Oligofrenia Severa
314: Oligofrenia Grave
315: Oligofrenia de grado no especificado

Los siguientes subgrupos, indicados por la adición de un cuarto Dígito, deben usarse con cada una de las anteriores categorías:
-0 Subsiguiente a Infecciones e Intoxicaciones
-1 Subsiguiente a Traumatismos o Agentes Físicos
-2 Con Trastornos del Metabolismo, del Crecimiento o de la Nutrición---
-3 Con Enfermedad Cerebral Manifiesta
-4 Con Enfermedades y Estados Patológicos debidos a influencia prenatal (desconocida).
-5 Con Anomalías Cromosómicas
-6 Con Prematuridad
-7 Subsiguiente a Trastornos Psiquiátricos importantes.
-8 Con Privación Psicosocial (Ambiental)
-9 Otros y los no especificados.

III. HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN MEXICO

Epoca Prehispánica:

Desde los tiempos prehispánicos, las importantes culturas que florecieron dentro del territorio nacional llegaron a tener conocimientos primitivos relacionados con problemas de salud mental.

Algunos aspectos de su medicina naturalista y mágica han llegado a nosotros al través de manuscritos del siglo XVI, entre los que destacan el Códice Badiano o "Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis", y la "Historia de las Cosas de la Nueva España" de Fray Bernardino de Sahagún.

En ambos casos, los conocimientos médicos vertidos fueron debidos a los informantes indígenas, médicos aztecas que, al fundarse unos cuantos años después de consumada la conquista el Imperial Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, fueron el medio de enlace entre la medicina europea, recién llegada, y la indígena, por muchos años transmitida de padres a hijos.

El Códice Badiano, escrito en el año 1552, y descubierto en la Biblioteca Vaticana en 1922 por Charles Upson Clark, es un pequeño manuscrito cuyas hojas tienen color crema, por el tiempo, pero se encuentra en muy buen estado de conservación. Se consideran como coautores del mismo a Martín de la Cruz y a Juan Badiano. El primero, posiblemente un médico viejo que había aprendido su oficio antes de la conquista, era ya un hombre experimentado cuando se le encarga del trabajo. Ignorante del latín y con conocimientos limitados del español, lo escribe seguramente en náhuatl, dictándolo a la manera de los informantes de Sahagún. En su obra se titula Médico del Colegio, por lo que se piensa que estuviera encargado del cuidado de los indígenas enfermos y que co-

laborara con los frailes en la asistencia de los mismos. Juan Badiano, originario de Xochimilco, era, como él mismo lo dice, Colegii Prealector, o sea, lector del colegio, siendo el traductor del libro al latín.

Entre las numerosas láminas del manuscrito algunas son ejemplo de los conocimientos psiquiátricos primitivos de los aztecas y de su intento por ofrecer soluciones con una dualidad mágico-naturalista. Incluye remedios contra diferentes cuadros patológicos, como por ejemplo, el que se haya en la lámina 73 del texto: remedio para la sangre negra (nigri-remedium sanguinis). Badiano, en la traducción del término azteca correspondiente a la melancolía, utiliza las palabras "sangre negra", un término muy común en la Europa del siglo XVI y precedentes. Después de recomendar un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, el libro sugiere como indicaciones generales, lo siguiente:

"El (enfermo) debe de caminar en un lugar sombreado, refrenarse de tener actividades sexuales, beber nuestro vino (pulque) moderadamente, de hecho no debe de beberlo sino como medicina, debe entretenerse en actividades alegres o divertidas, tales como cantar o tocar música y tocar los tambores que usamos en los bailes públicos." El reconocimiento de la melancolía y su descripción dentro de un grupo de enfermedades para su tratamiento, indica un alto grado de adelanto en la medicina azteca.

En otro capítulo, relacionado con la epilepsia, Badiano utiliza el término de Plinio: "comicial". El tratamiento intenta aliviar el mal con eméticos así como con curiosos maleficios nativos. Los nativos reconocieron bien este padecimiento, distinguiendo dos formas clínicas, para las cuales utilizaban nombres diferentes: una, caracterizada

por caída y convulsiones a la que llamaban "huapahualiztli" y otra solamente manifestada por temblor del cuerpo "huihuixcayotl".

Debe notarse que la melancolía, la epilepsia y el estupor mental no se consideraban como debidas a espíritus malignos, sino como verdaderas enfermedades del cuerpo.(19)

Las recomendaciones contra la epilepsia, contra el miedo, la timidez y el estupor mental, son de interés histórico para la psiquiatría.

Fray Bernardino de Sahagún por su parte, en la Historia de las Cosas de la Nueva España, recogió la valiosa documentación proporcionada por sus informantes indígenas. En su libro, aparte de describir numerosas enfermedades, destaca la gran preocupación que originaba al pueblo azteca el problema del alcoholismo. Para frenar éste, recurrían a diferentes medios que iban desde la recomendación que hacía el emperador inmediatamente después de su elección, indicando a su pueblo que el octli (pulque) era el principio y raíz de todo mal, y que se abstuviera de beberlo, hasta el repudio del alcohólico por todas las clases sociales. Los castigos iban desde exponerlo a la verguenza pública con la cabeza rapada, hasta las penas corporales, como apalearlo y aun condenarlo a muerte, sobre todo si era noble o sacerdote.

Llama la atención el hecho de que a los viejos se les permitía beber sin restricciones, destacando así su espíritu de justicia que permitía los placeres de la bebida sólo a aquéllos cuya vida activa había terminado y no iban a ser una carga para la sociedad.

Con la llegada de los españoles estos castigos fueron abolidos por inhumanos, originándose poco tiempo después un aumento considerable del problema del alcoholismo entre los aborígenes, que las nuevas medidas de control no pudieron frenar.(20)

La Colonia:

En el siglo XVI, recién consumada la Conquista de México, y cuando apenas estaba surgiendo la nueva raza, resultado de la amalgama de indio y español, cupo el honor a nuestro país de ser el primero de América, y uno de los primeros del mundo, en que se fundara un establecimiento para alojar enfermos mentales.

Adelantándose muchos años a su tiempo, un andaluz, originario de Utrera, audaz en sus pretensiones y genial en sus realizaciones, Bernardino Alvarez, una vez sedimentado su espíritu aventurero que lo había llevado a hacer el comercio en Perú, regresa a la Nueva España y siente el llamado humanitario de atender a sus semejantes, dejando fortuna y posición para dedicarse durante algunos años a cuidar enfermos en el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy de Jesús Nazareno.

Poco tiempo después, el 2 de noviembre de 1566, funda el Hospital de San Hipólito en unos terrenos cercanos a la ermita del mismo nombre, en donde recibe y atiende caritativamente a enfermos, ancianos y enajenados mentales. Iniciándose en esta forma la historia de la psiquiatría hospitalaria en el Continente Americano.

Años más tarde, varios eclesiásticos se unen al ilustre fundador constituyendo una congregación que se llamó Hermanos de la Caridad y posteriormente de los Hipólitos, que por muchos años se encargó de la atención de los enfermos mentales que el Hospital alojaba.

Poco más de un siglo tiene que transcurrir antes de que un personaje de humilde cuna marcara otro acontecimiento solemne en la historia de los hospitales psiquiátricos de México. José Sáyago, pobre carpintero que apenas ganaba lo suficiente para subsistir, resuelve junto con su esposa, con gran espíritu caritativo, digno de ser emulado, alojar en su propio hogar a algunas enfermas mentales que, abandonadas

por sus propios familiares y por la sociedad, deambulaban por las calles en busca de un mendrugo de pan para comer y de un rincón en algún portal para dormir.

Enterado D. Francisco de Aguilar y Seijas, a la sazón arzobispo de México, de la humanitaria obra de Sáyago, decide ayudarlo y los instala provisionalmente en una casona vieja frente a la Iglesia de San Pedro y San Pablo en el año de 1690, alojando en el pequeño manicomio a 60 mujeres dementes. En este lugar permanecen hasta que la Congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de la Canoa, erigiendo un hospital para enfermas mentales en el año de 1700.

El siglo XVIII transcurre sin mayores cambios. México se ha adelantado a todos los paises de América que, apenas en la segunda mitad de este siglo, comienzan a fundar sus establecimientos psiquiátricos;y así, con Williamsburg, en Virginia (1773) y Quito, en Ecuador (1785),- nuestro país es uno de los tres lugares en nuestro continente que, alfinalizar el siglo, cuentan con hospitales psiquiátricos.(21)

La Independencia:

En 1810 es proclamada la independencia del país que no es consumada sino hasta después de once años de cruentas luchas, y en 1821 México es ya un país libre que lucha denodadamente por ocupar su lugar dentro de los países civilizados del orbe.

Sus dos hospitales psiquiátricos siguen funcionando. La Orden de los Hipólitos es suprimida por decreto de las Cortes Españolas el lo.- de octubre de 1821, fecha en que el Hospital de San Hipólito, pasa a - manos del Ayuntamiento, pero los religiosos exclaustrados siguen cuidando a los enajenados hasta 1843, quedando después bajo control gu - bernamental.

La guerra contra los americanos y posteriormente contra los franceses no le impide subsistir, aunque sufriendo las penosas vicisitudes

de la época y sigue así cumpliendo penosamente su papel de albergar a - los enfermos mentales.

El hospital de la Canoa corre mejor suerte, pues a partir de 1824- se le conceden las utilidades de una lotería y sus condiciones son bastantes satisfactorias tal como podemos deducir de un informe de la época, hecho por D. José María Andrade en donde afirma: "Las camas son de fierro con dos colchones bien aseados y perfectamente provistos de ropa; es imposible sacar mayor partido de aquel local, ni mejorar el aseo y el buen orden que en él reina... La casa de locas y de niños expósitos son, indudablemente, los establecimientos de la beneficencia que debían servir de modelo a los demás."

De él decía igualmente D. Juan de Dios Peza: "los dormitorios y -- otras dependencias honrarían al mejor hospital de Europa".

Mientras tanto en la provincia se construyen algunos hospitales o- anexos psiquiátricos en hospitales generales, así en Guadalajara en -- 1860 se establecen dos hospitales psiquiátricos uno para hombres y otro para mujeres y en Monterrey en el mismo año se funda el Hospital Civil- dentro del cual se organiza un departamento para enfermos mentales --- atendido por Hermanas Josefinas.(22)

Principios del Siglo XX:

Con el nacimiento del siglo xx y como una de las obras realizadas- para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, el Gobierno-- del General Porfirio Díaz inaugura el 1o. de septiembre de 1910 (344 -- años después de la fundación de San Hipólito y 210 de la Canoa) el --- Manicomio General que por haber sido construido en los terrenos de la-- antigua hacienda de la Castañeda se conoció por dicho nombre. La cons-- trucción bajo la forma de pabellones aislados característica de la época, de gran belleza arquitectónica, fué realizada en un tiempo muy breve (14 meses) y a un costo de $1.783,357.13, que dada la magnitud de la

obra y la calidad del material empleado, señala la honestidad y escrupulosidad con que fué construido.

Con un cupo que se calculó no pasaría de 800 a 1000 enfermos, --- años después llegó a alojar hasta 3,500 cumpliendo firme y calladamente con su papel asistencial, sin rechazar jamás a un enfermo, atendiendo a las clases más económicamente débiles del país, formando a -- varias generaciones de psiquiatras mexicanos.(23)

Desde la Revolución hasta la actualidad:

Poco tiempo después de inaugurado el Manicomio de la Castañeda -- estalló la Revolución. La larga y cruenta lucha por mejorar las condiciones de los humildes, es presenciada impasiblemente por el nuevo establecimiento que como todas las instituciones gubernamentales sufre-- altas y bajas en su funcionamiento, debido a un presupuesto no siempre estable en esas épocas difíciles.

Posteriormente los gobiernos de la República se han venido preocupando, cada vez más, por el problema de la enfermedad mental en --- nuestro país. El Manicomio de La Castañeda iba resultando anacrónico e insuficiente; los conceptos de asistencia psiquiátrica se fueron modificando y así fué como en el año 1944 se fundó la Granja de Recuperación para enfermos mentales de León, Gto.

Este concepto de Hospital Granja venía a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años habían sido característico de los Hospitales Psiquiátricos. Rejas, candados y control-- coercitivo fueron abandonados, el nuevo establecimiento tenía puertas-- abiertas y en él, el enfermo mental encontraba una remotivación para-- su vida en el propio ambiente.

Se da especial importancia a la terapia ocupacional, mediante la cual el paciente se adapta a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo, a la responsabilidad personal y a la convivencia pací-

fica. La terapia recreativa es especialmente estimulada, de tal forma- que dentro de la comunidad el enfermo trabaja, produce, consume, se -- divierte y descansa, y al mismo tiempo recibe todos los beneficios de- la terapéutica psiquiátrica. (24)

El éxito alcanzado por este primer hospital granja que aún a la-- fecha cumple su cometido, hizo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia diera especial importancia a este tipo de construcciones y así- hemos visto aparecer en orden cronológico los siguientes estableci --- mientos:

Hospital Granja "Bernardino Alvarez" en Tlalpan, D. F. (1960).

Hospital Granja "La Salud"en Zoquiapan, Edo. de México (1961).

Hospital Granja para enfermos mentales de Villahermosa en Tabas-- co, (1962).

Hospital Campestre "José Sáyago"en Tepexpan, Edo. de México --- (1962).

Hospital Granja "Cruz del Sur"en Oaxaca, Oax. (1963).

Hospital Granja "Cruz del Norte" Hermosillo, Son. (1964).

Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Rafael Serrano" El Batán, -- Pue. (1967).

Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" Pachuca,- Hgo. (1967).

Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno" Sta. Catarina Tláhuac, D. F. (1967).

Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto" Tepexpan, Edo. de México (1967).

Los cuatro últimos hospitales, como se ve, fueron puestos en servicio en el Sexenio que acaba de terminar, durante el régimen del Lic. Gustavo Díaz Ordaz.

Al mismo tiempo los gobiernos de otros estados estimulados por -- los brillantes resultados obtenidos con este tipo de nosocomios, han-- venido creando instituciones de tipo similar (Hospital Granja de Gua-- dalajara, Morelia, etc.)

Simultáneamente en el año de 1964 se termina en Tlalpan dentro de los límites del Distrito Federal, El Instituto Nacional de Neurología- que,aunque está especializado en los padecimientos de origen neuroló-- gico, también atiende enfermedades mentales, si bien en menor porcen-- taje. En el año de 1966 se puso en servicio en Huipulco, igualmente en el Distrito Federal, el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. -- Navarro" con capacidad de 200 camas. Y como culminación a esta serie-- de instituciones, para la mejor atención de los enfermos psiquiátricos tuvimos, en 1967, la inauguración del Hospital Psiquiátrico "Fray Ber-nardino Alvarez", precisamente, en el cuarto centenario de la funda -- ción del Hospital de San Hipólito; situado en Huipulco, como el ante-- rior, tiene un cupo para 600 enfermos y un moderno edificio vertical,- de 10 pisos de altura.

También, la Iniciativa Privada ha participado en la construcción- de establecimientos, para el tratamiento de la enfermedad mental en -- nuestro país, éllos son los sanatorios particulares, que existen en la República.

IV. ORGANIZACION DE LA SALUD MENTAL PUBLICA

La definición aislada de Salud Mental representa una abstracción, ya que la salud es única (física, mental y social); sin embargo, se -- disculpa plenamente esta abstracción, para fines didácticos, de división del trabajo o de limitación de objetivos.

Hecha esta aclaración, definiremos la Salud Mental, como un estado de bienestar emocional producto de la relación armónica y equilibrada entre la realidad interna y externa de un individuo y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, seguridad en sí mismo, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social, satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo contrario.(25)

Dicho en otra forma, si tratásemos de describir a un hombre sanomentalmente, tendríamos que decir que es una persona con un sentimiento íntimo de bienestar y tranquilidad, que lleva buenas relaciones con sus semejantes, gracias a un movimiento afectivo positivo hacia éllos y no por un simple deseo de lograr una aceptación de su parte, pues -- ésta vendrá como consecuencia de ese afecto real.

El hombre sano mentalmente es seguro de sí mismo, tiene una correcta percepción de sus propias capacidades, así como del ambiente que le rodea, adaptando su acción sobre el medio, a su capacidad.

Es comprensivo con sus semejantes. Se adapta constructivamente a las modificaciones de su ambiente, lo cual no significa un conformismo, sino una aceptación temporal y siempre con miras a la transformación del medio en un sentido benéfico para la colectividad. Reacciona proporcionalmente a los estímulos ambientales, es decir, las reacciones desproporcionadas no se presentan en él. Es en todo momento productivo para si mismo y para los demás, le importa construir y en nin-

gún modo destruir lo que pueda haber de positivo a su alrededor. Entre una persona como la descrita y la grave perturbación de un esquizofrénico, existe toda una gradación de niveles de salud mental que supone también una serie de niveles de acción de los organismos de Salud Pública, destinados a brindar una atención escalonada al individuo. A la persona aparentemente sana hay que atenderla para que desarrolle al máximo sus potencialidades constructivas y su sentimiento de bienestar. Si esto no es posible, por lo menos hay que tratar que no enferme. (26)

Si tampoco es posible hacer esta prevención, entonces hay que proporcionarle un tratamiento en forma oportuna y adecuada para que logre su restablecimiento total; y si por algún motivo no se logra esta recuperación completa y el individuo queda con alguna forma de limitación funcional o invalidez, entonces por lo menos hay que brindarle la oportunidad de que se reintegre, mediante un proceso rehabilitatorio, a la vida social y económica de su comunidad.

Esta serie de niveles de acción de la Salud Pública, se denominan niveles de Promoción, de Prevención, de Asistencia y de Rehabilitación. En la práctica y en el campo de la Salud Mental, los capítulos de Promoción y de Prevención quedan involucrados en la Higiene Mental, los otros dos capítulos caen dentro de la Asistencia Psiquiátrica, y todos los niveles de acción quedan comprendidos dentro del término de Salud Mental Pública.

La índole y el alcance de todas las medidas que se requieren para el trabajo de salud mental pública hace obligada la acción gubernamental y sólo por excepción un organismo privado podría hacerlo, si bien la actividad privada y la llamada descentralización, toman parte en la resolución de aspectos, en sectores de población limitados.

Para la atención pública general, el Poder Ejecutivo de la Nación

tiene por ley una dependencia encargada de estos trabajos que se denomina Secretaría de Salubridad y Asistencia, y ésta a su vez cuenta -- dentro de su organización interna con la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación creada el 1o. de julio de 1959,- que representa el organismo destinado a investigar y a resolver los-- problemas de Salud Mental de la población de la República Mexicana.

Este organismo de Salud Mental Pública cuenta en su organización con un Departamento Técnico que tiene Secciones de Neurología, Psi -- quiatría, Higiene Mental, Psicología, Trabajo Social y Estadigrafía.- Cuenta además con dependencias aplicativas o de Servicio directo al-- público, que son los Servicios de Higiene Mental y los de Asistencia- Psiquiátrica.

El Servicio de Higiene Mental está formado por uno o varios equipos de trabajo constituidos por psiquiatra, psicólogo y Trabajador -- Social.

Dentro de los Servicios de Higiene Mental está el de la Asistencia Psiquiátrica, en la cual se ha organizado una serie escalonada de Instituciones que se inicia con las consultas externas de Psiquia --- tría, que atienden los casos que no pueden ya ser aceptados en los -- Servicios de Higiene Mental. De estas consultas unas son de Psiquia-- tría General y otras son específicas para alcohólicos.

En segundo término, para las personas que requieren mayor tiempo de manejo pero que no ameritan internamiento, se inició hace poco, el sistema denominado Hospital de Día, en el cual el paciente llega desde temprano, come en la Institución y se retira por la tarde a su casa. Tiene este procedimiento la enorme ventaja de no desconectar al paciente de su familia ni de la comunidad, y además reduce considera -- blemente los costos de atención.

Más frecuente en nuestro medio, es el manejo denominado de Hospital de Noche, en el cual, el paciente sale a trabajar durante el día-- y regresa por la tarde a recibir su tratamiento.

El siguiente eslabón en la cadena de Instituciones de asistencia-psiquiátrica lo constituyen los Hospitales o Pabellones para enfermos-agudos en donde la estadía se ha reducido en la actualidad a no más -- de tres meses como promedio. El plan terapéutico es conocido, e incluye los fármacos, la terapia ocupacional y recreativa, la psicoterapia-de grupo, ocasionalmente la individual y ya en menor grado los tratamientos de electrochoques o insulina.

Finalmente, los Hospitales Granja representan establecimientos -- para sub-agudos, sub-crónicos y crónicos en los cuales se sigue con la farmacoterapia y con alguna forma de psicoterapia de grupo; pero lo -- que constituye su característica, como ya anotábamos anteriormente, es la terapia laboral y la vida de comunidad (inclusive con pago de salarios), que los conduce a un ajuste suficiente a los hábitos de disciplina, trabajo y convivencia social, que les permite en muchos casos-- retornar a su hogar y a la vida social y económica de su comunidad. -- Decimos entonces que el paciente está rehabilitado aunque no esté curado./En estos establecimientos, está en desarrollo un programa educativo para los familiares, con el objeto de que no se desprendan de su-paciente y para que reciban orientación sobre su manejo en casa. Además el familiar puede asistir a cualquier hora y participar en las --- fiestas y espectáculos de los enfermos, con lo que su actitud hacia el paciente y hacia el Hospital cambia considerablemente.

Por lo demás, siempre habrá un número considerable de enfermos -- que estén destinados a tener una larga estancia en el Hospital, en cuyo caso los Hospitales Granja representan un lugar en donde el pa --- ciente tiene por lo menos una vida más humana y normal y en donde me--

diante su productividad, pueden contribuir a bajar los costos de su -- atención. Por otra parte, la organización de una cadena de instituciones como la descrita, es factible sólo en ciudades grandes y con suficientes recursos.(27)

Un notable ejemplo de los Hospitales Granja, es el Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno", en Santa Catarina Tláhuac, D. F.-- para enfermos rehabilitables y con capacidad de 529 camas; está destinado a la atención médica de pacientes del sexo masculino, mayores de 16 años.

A tales efectos se ha organizado el nosocomio para que en el mismo se hagan tratamientos polivalentes: psicofarmacológico, psicoterapéutico, terapia ocupacional, y, finalmente rehabilitación en un am -- biente terapéutico de comunidad social. Mediante tales prácticas, --- adaptadas a las características del caso, se intenta que el enfermo -- recupere sus hábitos de trabajo y la capacidad de una convivencia pacífica con sus semejantes, pero después del egreso, corre a cargo delmismo hospital el trabajo preventivo, consultas de postcuración, necesarias al interesado y a sus familiares para la conservación de la feliz resultante.

Además de la asistencia de los enfermos se atienden las restantes normas provenientes de la actual administración de hospitales: investigación tanto clínica como farmacológica; adiestramiento del personal en servicio, y la enseñanza de acuerdo con las prescripciones del Programa de la Dirección de Salud Mental destinado a tales efectos.(28)

Hay otras poblaciones con menores posibilidades que cuentan con-- un especialista. En estos casos, se concentran todas las facetas de la prevención y la asistencia psiquiátrica en una sóla Institución, tal y como se ha hecho en el nuevo Hospital Granja para Enfermos Mentales de Villahermosa. De este modo se organizan los servicios de acuerdo con--

las características culturales y los recursos económicos y humanos de-
la región que se va a atender.

Un tanto al margen, sin formar propiamente parte de esta cadena-- de servicios, pero constituyendo instituciones que atienden un proble-ma de salud mental, tenemos los Centros para la atención de deficien-- tes mentales que funcionan bajo la filosofía de habilitar al deficien-te mental para su adaptación emocional, económica y social a la vida-- de su comunidad. Esto se logra mediante un manejo coordinado en los -- aspectos médico, psicológico, pedagógico, laboral y social.

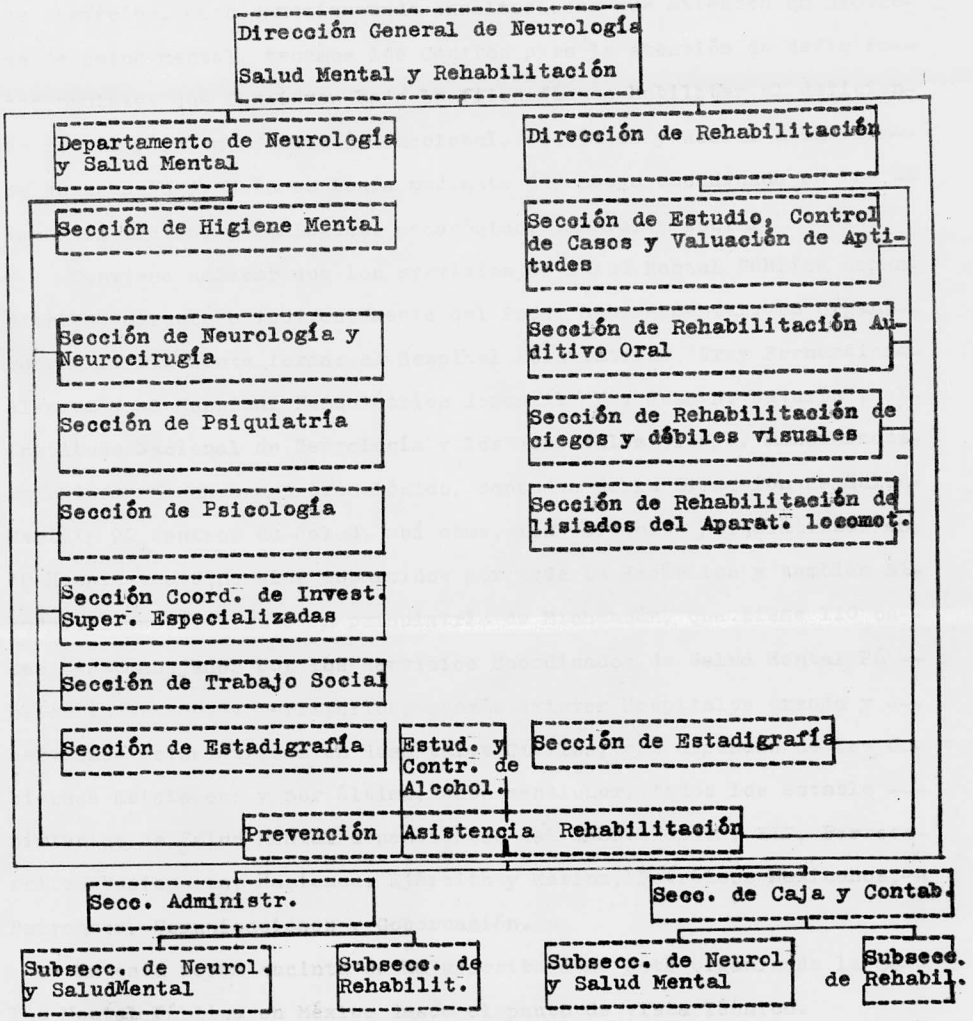
Conviene aclarar que los servicios de Salud Mental Pública depen-dientes, directa o indirectamente del Poder Gubernamental, se organi-- zan de la siguiente forma: el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino-- Alvarez", el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el-Instituto Nacional de Neurología y los Hospitales Granja, mencionados-anteriormente en orden cronológico, dependen de la Dirección de Salud-Mental; 92 Centros de Salud, así como, los servicios psiquiátricos en-30 Hospitales Generales esparcidos por toda la República y también el-Hospital especializado en psiquiatría de Michoacán, que tiene 110 ca-- mas, son manejados por los Servicios Coordinados de Salud Mental Pú -- blica en Estados y Territorios; además existen Hospitales Granja y --- servicios psiquiátricos en Hospitales Civiles, que dependen de los Go-biernos Estatales; y por último, cabe mencionar, todos los estable --- cimientos de Salud Mental dependientes del IMSS, ISSSTE, SEP, Ferroca-rriles Nacionales, Hacienda, Ejército y Marina, Petróleos Mexicanos,-- Patronato, Comunicaciones y Gobernación.

En esta forma sucinta se ha descrito cómo está organizada la Sa-- lud Mental Pública en México desde el punto de vista Técnico.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación

ORGANOGRAMA



SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
DIRECCION DE SALUD MENTAL

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES DE LA ESPECIALIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL 1966-67

Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
		A.- INST. FEDERALES		
1 Tlalpan	S. S. A.	Hospital Psiq. para enfermos agudos "Fray Bernardino Alvarez"	600	/Calz. Sn. Buenaventura s./n. Huipulco
2 Tlalpan	S. S. A.	Hospital Psiq. Infant. "Dr. Juan N. Navarro"	180	Calz. Sn. Buenavent. s/n Huipulco
3 Tláhuac (Sta. Catarina)	S. S. A.	Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"	500	Km. 6 de la Autopista a Puebla
4 Tlalpan	S. S. A.	Secc. Psiq. y Hosp. de Día del Inst. Nal. de Neurología	100	Av. Insurgentes Sur # 3877
5 Ciudad	S. S. A.	Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Juárez		Plaza de Sn. Pablo # 13
6 Ciudad	S. S. A.	Pabellón de Psiq. y Medic. Psicosomát. del Hosp. General	20	Dr. Balmis y Dr. Pasteur
7 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Salud Ment. del Hospital "Dr. Angel Gaviñi"		Prol. Díaz Mirón # 374
8 Tlalpan	S. S. A.	Escuela para Adolescentes Débiles Ment.		Av. Insurgentes Sur # 3877
9 Ciudad	S. S. A.	Dispensario Central de Salud Mental en el Centro de Salud "México-España"		Mariano Escobedo # 148
10 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro "Beatriz Velasco de Alemán"		Av. del Rastro Esq. c./ Peluqueros Col. 20 de Noviembre
11 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. en el Centro de Salud "Dr. Juan Duque de Estrada"		170 Oriente # 154 2a. Secc. Col. Moctezuma
12 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Soledad O. de Avila Camacho"		Juventino Rosas y Tetrazini Col. Peralvillo

Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
		A.- INST. FEDERALES		
13 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dr. Angel Brioso Vasconcelos"		Benjamín Hill # 14 Tacubaya
14 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dr. Domingo Orvañanos"		Esq. Libertad y Comonfort
15 Ciudad	S. S. A.	Servicio de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dr. José María Rodríguez"		Calz. de Tlalpan # 350
16 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dra. Margarita Chorne y Salazar"		División del Norte # 2986
17 Villa Alvaro Obregón	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dr. Manuel Escontria"		Frontera # 15 Sn. Angel
18 Villa G. A. Madero	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. del Centro de Salud "Dr. Manuel Cárdenas de la Vega"		5 de Febrero #12
19 Contreras	S. S. A.	Serv. de Higiene Ment. en el Intern. Nal. Inf.		Av. Contreras # 428
20 Coyoacán	S. S. A.	Clínica de Conducta		Av. Hidalgo # 67
21 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Rehabilitación de Alcohólicos del Centro "México-España"		Mariano Escobedo # 148
22 Ciudad	S. S. A.	Serv. de Rehabilit. de Alcohól del Centro de Salud "Dr. Domingo Orvañanos"		Esq. Libertad y Comonfort
23 Ciudad	S. S. A.	Centro de Rehabil. de Alcohól.		Sonora # 6-A
24 Ciudad	Defensa Nal.	Serv. de Psiquiatría del Hosp. Centr. Milit.	50	Lomas de Sotelo, D. F.
25 Ciudad	Defensa Nal.	Consulta Externa de Psiq. del Hosp. Centr. Militar		Lomas de Sotelo, D. F.
26 Tacuba	Hacienda	Serv. de Psiq. del San. para empleados de la Secret. de Hacienda		Lago Ontario # 19
27 Ciudad	Sría. de Marina	Cons. Extern. de Psiq.		Azueta 16
28 Ciudad	S. E. P.	Clínica de Conducta de la S. E. P.		Av. Presidente Massarik [illegible] Bernard Shaw Polanco

Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
		A.- INST. FEDERALES		
29 Ciudad	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 1	120	Zamora y Duque # 13 Tacuba
30 Ciudad	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 2	120	Calz. de Tlalpan # 3228
31 Villa G. A. Madero	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 3	120	Colchahuacal y Huitzilhuitl Sta. Isabel Tola
32 Ciudad	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 4	120	Av. de las Granjas # 590, Atzcapozalco, D. F.
33 Villa Gustavo A. Madero	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 5	100	Calz. de Guadalupe # 724
34 Ciudad	S. E. P.	Anexo No. 6 para Adolesc. déb. ment.	150	Coahuila # 207 Col. Roma
35 Ciudad	S. E. P.	Escuela para Señoritas débiles mentales No. 7	90	Av. Revolución # 406
36 Ixtapalapa	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 8		Cuauhtémoc # 1, Sn. Sebastián Tecoloxtitlán, Ixtapalapa, D. F.
37 Ixtapalapa	S. E. P.	Escuela de Educación Especial No. 9		Av. 12 y calle 39 Sta. Cruz Meyehualco, Ixtapalapa, D. F.
38 Villa A. Obregón	S. E. P.	Anexo Méd. Pedagóg. de la Esc. Normal de Especialización	175	Arteaga 35 Villa A. Obregón
39 Tlalpan	Secr. de Gobernación	Escuela de Orientac. para Varones	489	Sn. Fernando # 1 Tlalpan

	Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
			A.- INST. FEDERALES		
40	Tlalpan	Secr. de Gobern.	Escuela de Orientación para Mujeres	93	Calle del Río # 33 Coyoacán
41	Tlalpan	Secr. de Gobern.	Escuela Hogar para Mujeres	206	Congreso # 20, Tlalpan
42	Ciudad	Secr. de Gobern.	Escuela Hogar para Hombres	371	Parque Lira # 94, Tacubaya
43	Ciudad	Secr. de Gobern.	Tribunal para Menores	400	Obrero Mundial # 76
44	Ciudad	Secr. de Comunic.	Serv. de Consul. Externa Psiq. de la Policlínica Central		Av. Universidad y Xola
			B.- INST. DESCENTR.		
1	Ciudad	Patronato	Serv. de Higiene Mental del Centro "Maximino Avila Camacho"		Madereros # 240, Tacubaya
2	Ciudad	Patronato	Serv. de Hig. Mental del Hospital Infantil de la Ciudad de México		Dr. Márquez # 162
3	Ciudad	Petróleos Mexicanos	Consulta Externa de Psiquiatría		Artículo 123 # 116
4	Ciudad	F. F. C. C.	Consulta Externa Psiq. del Hospital Colonia		Villalongín y Parque Vía
5	Ciudad	IMSS	Serv. de Cons. Externa Psiq. del Hosp. de la Raza		Jacarandas y Xochila, Col. de la Raza
6	Ciudad	IMSS	Serv. de Psiq. del Centro Médico		Av. Cuauhtémoc # 330
7	Ciudad	IMSS	Serv. de Psiq. Infant.		Hosp. Pediátrico, Av. Cuauhtémoc # 330
8	Ciudad	IMSS	Consulta Psiq. de la Clínica 4		Niños Héroes # 165
9	Ciudad	IMSS	Consulta Psiq. de la Clínica 5		Anillo Circunvalación y Corregidora
10	Tlalpan	IMSS	Consultorio Psiq. de la Clínica 7		Calz. de Tlalpan # 4220
11	V. A. Obregón	IMSS	Consultorio Psiq. de la Clínica 8		Plaza de Sn. Jacinto # 20
12	Ciudad	IMSS	Consultorio Psiq. de la Clínica 9		Av. Revolución y Calle 7 Sn. Pedro de los Pinos
13	Ciudad	IMSS	Consultorio Psiq. de la Clínica 10		Calz. de Tlalpan # 930
14	Ciudad	IMSS	Consultorio Psiq. de la Clínica 16		González Bocanegra # 10

Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
		B.- INST. DESCENTR.		
15 Ciudad	IMSS	Clínica Psiquiátrica Sn. Lorenzo		Sn. Lorenzo y Av. Coyoacán
16 Ciudad	ISSSTE	Clínica de Salud Ment. "Tlaltelolco"		Calle Guerrero y Unidad Nonoalco
17 Ciudad	Patronato	Centro de Educación Especial por Cooperación No. 1		Insurgentes Sur # 1871
18 Ciudad	Patronato	Centro de Educación Especial por Cooperación No. 2		Insurgentes Sur # 2104
19 Ciudad	Patronato	Guardería Especializada No. 1 Asoc. Mex. Pro-Niño Retardado, A. C.		Calz. de Tacubaya # 148
		C.- INST. PRIVADAS		
1 Ciudad	Privado	Pabellón de Neuropsiq. del Sanatorio Español	46	Av. Ejército Nacional # 613
2 Ciudad	Privado	Consulta Psiquiátrica Clínica Londres		Durango 50 Col. Roma
3 Tlalpan	Privado	Sanatorio Neuropsiq. "Dr. Lavista"	130	Gral. Victoria # 2
4 Tlalpan	Privado	Sanatorio Neuropsiq. "Floresta"	125	Moneda # 1
5 Tlalpan	Privado	Clínica Neuropsiq. "San Rafael"	75	Insurgentes Sur # 4177
6 Ciudad	Privado	Sanatorio Psiq. del "Dr. Falcón"	80	Ixtaccíhuatl # 180
7 Ciudad	Privado	Sanatorio Neuropsiq. de Nuestra Señora del Carmen	100	Sagredo # 32
8 Tulyehualco	Privado	Sanatorio Campestre "Nuestra Señora del Carmen"	150	Camino a Tulyehualco
9 Tlalpan	Privado	Sanatorio Campestre	50	Coapa # 65
10 Ciudad	Privado	Internado Binet Simón para Menores Anormales	60	Nevado # 67
11 Ciudad	Privado	Instituto Molino de Bezares para Niños Anormales	100	Km. 13 de la Carretera México-Toluca
12 Ciudad	Privado	Instituto Seguín para Débil. Ment.		Amores # 23

Localidad	Dependencia	Nombre	Camas	Ubicación
		INST. PRIVADAS		
13 Ciudad	Privado	Escuela para Deficientes Mentales	80	Olivar de los Padres
14 Coyoacán	Privado	Centro Higiénico-Pedagógico, Escuela Especializada para Niños de lento Aprendizaje y problemas de lento lenguaje.		Parque San Andrés o el Rosedal, Coyoacán
15 Ciudad	Privado	Escuela "E. Kraepeling"		Mirlo # 26 Calle de Venturina # 103, Col. Estrella
16 Ciudad	Privado	Colegio Santa Teresa Granjas SSA(Dan Serv. al D. F.)		67 Oriente 2917 Col. Asturias
17 Edo. de México	S. S. A.	Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto"	500	Km. 33 Carret. Fed. Méx.-Pirámides
18 Tepexpan	S. S. A.	Hospital Campestre "José Sáyago"	600	Km. 33 y medio, Carretera Fed. Méx.-Pirámides
19 Puebla	S. S. A.	Hospital Granja "Dr. Rafael Serrano"	480	Km. 9 de la Carr. Puebla-Valsaquillo
20 Zoquiapan	S. S. A.	Hospital Granja "La Salud"	430	Km. 33 y medio Carr. Fed. México-Pirámides

PROFESIONISTAS QUE TRABAJABAN EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN EL DISTRITO FEDERAL Y EN LOS ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA MEXICANA EN EL AÑO 1962. (29)

Entidades	Psiquiatras y Psicoanalistas	Psicólogos	Trabajad. social. psiq.	Enfermeras psiq.	Maestr. de Déb. Mentales	Total
Distrito Federal	154	175	13	2	150	494
Estados y Territorios	91	14	1	-	14	120
Total	245	189	14	2	164	614

HOSPITALES Y SANATORIOS PSIQUIATRICOS Y PABELLONES PSIQUIATRICOS EN HOSPITALES GENERALES EN EL AÑO 1962. DISTRITO FEDERAL Y ESTADOS Y TE* RRITORIOS DE LA REPUBLICA.

Entidades	S.S.A.	Estat. o Municip.	I.M.S.S.	Otras Gubernam. o Descentr.	Priv.	Total
Distrito Federal	2	-	1	1	11	15
Estados y Territor.	14	6	-	1	12	32
Total	16	6	1	2	23	48

DISTRIBUCION DE CAMAS PARA ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN EL DISTRITO FEDE* RAL EN ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA EN EL AÑO 1962.

Entidades	S.S.A.	Estats. o Municips.	I.M.S.S.	Otras Gubernam. o Descentr.	Priv.	Total
Distrito Federal	3,090	--	85	50	916	4,141
Estados y Territ.	2,056	970	--	--	905	3,931
Total	5,146	970	85	50	1,821	8,072

DISTRIBUCION DE CAMAS PARA ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1967 (30)

Entidades	S.S.A.	Estats. o Municips.	I.M.S.S.	Otras Inst. Feder.	Inst. Priv.	Total
Distrito Federal	3,810	--	50	50	770	4,680
Estados y Territ.	1,480	1,250	--	--	905	3,635
Total	5,290	1,250	50	50	1,675	8,315

INSTITUCIONES DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA EN EL DISTRITO FEDERAL Y ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA . 1962

Entidades	S.S.A.	Estats. o Municips.	I.M.S.S.	Otras Gubernam. y Descentr.	Priv.	Total
Distrito Federal	7	--	1	7	2	17
Estados y Territ.	10	2	6	--	--	18
Total	17	2	7	7	2	35

CLINICAS DE LA CONDUCTA EN EL DISTRITO FEDERAL Y EN LOS ESTADOS Y TERRITORIOS DE LA REPUBLICA. 1962

Entidades	S.S.A.	Estats. o Municips.	I.M.S.S.	Otras Gubernam. y Descentr.	Priv.	Total
Distrito Federal	1	1	--	2	--	4
Estados y Territ.	--	2	--	--	--	2
Total	1	3	--	2	--	6

CENTROS PARA HABILITACION Y REHABILITACION DEL DEFICIENTE MENTAL EN LA REPUBLICA. 1962

Entidades	S.S.A.	Estats. o Municips.	I.M.S.S.	Otras Gubernam. y Descentr.	Priv.	Total
Distrito Federal	2	--	--	6	6	14
Estados y Territ.	--	7	--	--	1	8
Total	2	7		6	7	22

V. HOSPITALES Y SERVICIOS PSIQUIATRICOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL EL IMSS Y EL ISSSTE EN LA REPUBLICA. 1971

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

Este hospital construido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, está destinado a la hospitalización de enfermos mentales agudos adultos de ambos sexos. Para el efecto dispone de 630 camas, posee, además, servicios de consulta externa con capacidad para atender en el futuro a 80 pacientes diarios, "Hospital de Día", igualmente, para 100 pacientes diarios, aulas y laboratorios para impartir las cátedras y enseñanzas conexas al ejercicio de la psiquiatría, así como para efectuar investigaciones en esta rama de la medicina.

El servicio de Consulta Externa imparte en la actualidad un promedio diario de 39 consultas: 8 de primera vez y 31 subsecuentes. En el futuro se podrán incrementar a 30,000 anuales.

En el área de Hospitalización, tenemos los siguientes datos más recientes:

1o. de Diciembre de 1969 al 30 de Noviembre de 1970

Ingresos	Reingresos	Egresos	Prom. días-estanc.Hosp.
1401	635	1886	83 días

En los tres primeros meses de 1971, hubo un promedio diario de 410 pacientes hospitalizados.

La sección de consulta externa cuenta con ocho consultorios paramédicos, cuatro para psicólogos y cuatro para trabajo social, dos cámaras de Gessel, dos salones de terapia de grupo, archivo clínico y un departamento de admisión, con entrada independiente para enfermos que por sus condiciones psíquicas no es posible recibir en los consultorios ordinarios de libre acceso al público.

Un departamento de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, integrado por laboratorios clínicos, gabinete de radiodiagnós-

tico y de electroencefalografía, farmacia, quirófano, sección de terapia intensiva con 24 camas para padecimientos intercurrentes médico--- quirúrgicos de todo el sistema, central de esterilización y equipo, -- almacén de sangre y consultorios de dental, oftalmológico, otológico y de especialidades varias. Esta sección está debidamente instalada entre la consulta externa y los pisos de internamiento a fin de dar un ser - vicio eficiente a todos los enfermos.

En relación estrecha al sistema de Consulta Externa se encuentra- el "Hospital de Día", cuya función específica es atender enfermos que- no ameritan internamiento "cerrado", o cuya "remisión parcial" les --- permite convivir en parte en el medio social y familiar. En el Hospi-- tal de Día reciben terapia de grupo o individual y ocupacional en los- talleres, así como medicamentos para irlos reintegrando a su medio so- cial y, en consecuencia ser atendidos posteriormente en Consulta Ex -- terna.

Esta sección, es indiscutiblemente una de las más importantes y-- modernas en psiquiatría, y es el vehículo para la reestructuración y-- reintegración de este núcleo de personas al medio social y económico-- de México.

El servicio de Hospitalización tiene seis niveles con dos alas de 50 camas cada uno, debidamente ubicadas en secciones de una, tres y -- seis camas, permiten que el mismo equipo trabaje con hombres y mujeres indistintamente; cada piso de hospitalización atiende con sus propios- elementos un despacho de consulta externa a fin de lograr una conti -- nuidad completa en servicios prestados a los enfermos, después que lle gan por primera vez al hospital hasta que son controlados en la con -- sulta posterior al internamiento. En la parte central de cada nivel -- y sirviendo al mismo tiempo para separar los servicios de hombres y -- mujeres, se localizan, una cámara de Gessell, una sala de juntas y el-

despacho del jefe del servicio con su secretaria. En cada una de las - secciones hay seis consultorios, una estación de enfermeras, una cocina de distribución, un local amplio que funciona indistintamente como- sala de día o como comedor y una sala de visitas.

Para realizar la terapia ocupacional y recreativa, cuenta el moderno nosocomio con seis talleres, dos áreas de socioterapia de usos-- múltiples(juegos a cubierto, visita familiar, funciones de cine y teatro, bailes, etc.) con capacidad para doscientos cincuenta enfermos; además, tiene amplios jardines y juegos al aire libre.

La docencia, que es muy activa, tiene todas las facilidades para- realizar en forma moderna y eficaz dentro del hospital, que cuenta con seis aulas para 70 alumnos, un auditorio para 240 personas y una moderna biblioteca. La residencia médica tiene habitaciones para alojar- a 25 médicos y 9 doctoras.(31)

Oficinas de gobierno, servicios generales, cafetería y tienda para el público completan la moderna instalación.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

Cuando las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia procedieron a construir instalaciones modernas para alojar a los-- enfermos mentales del antiguo manicomio de La Castañeda, fué necesario considerar en forma especial el problema de los niños internados. (32) A pesar de que la OMS había recomendado a sus países miembros -- desde 1949, que se organizaran servicios adecuados para niños con alteraciones de la Salud Mental, en muchas partes se daba el caso de que dentro de la misma Institución psiquiátrica destinada a los adultos,-- existieran niños enfermos. La comisión asesora encargada de la formulación del programa médico arquitectónico de los nuevos hospitales psiquiátricos, hubo de considerar la conveniencia de construir una Insti-

tución especial para niños, en un terreno distinto al Hospital de --- adultos.

Los problemas que esta necesidad planteó, fueron abordados en sus diferentes facetas con imaginación y entusiasmo, de tal manera que los arquitectos, médicos y psicólogos llegaron a un programa final que resume las aspiraciones y conceptos derivados de la necesidad de transformar no solo los aspectos materiales de la construcción sino las --- proyecciones del programa de atención psiquiátrica infantil.(33)

Puestas las manos a la obra se construyó esta maravillosa Institución que fué inaugurada el 24 de octubre de 1966.

El Hospital Psiquiátrico Infantil realiza las siguientes funciones:

1.- Preventiva
2.- Asistencial
3.- Rehabilitación
4.- Enseñanza
5.- Investigación científica
6.- Administración
7.- Educación del Público
8.- Cooperación con otras instituciones

Dichas funciones se realizan a diferentes niveles, desde la familia misma, en el propio seno de la comunidad, hasta en las secciones de hospitalización de enfermos crónicos. Para cumplirlas, el Hospital cuenta con los servicios de consulta externa y de hospitalización.

Para la consulta externa cuenta con nueve consultorios para médicos y psicólogos, dos cámaras de Gessel y salones para terapia de juego, individual y colectiva, así como terapia recreativa consistente en juegos infantiles al aire libre.

Durante el mes de mayo de 1971, este Servicio de Consulta Externa tuvo un promedic diario de 13 primeras consultas.

Dentro del Hospital se han considerado varios tipos de hospitalización de acuerdo con la naturaleza del problema mental del niño y de las condiciones del medio ambiente que priva en su desarrollo. Así, --

existe un hospital diurno para la atención de los niños que continúan en relación directa con sus familias y que en la tarde son recogidos por ellas, después de que durante el día han estado bajo el tratamiento hospitalario. (34)

Existe una sección para la hospitalización breve de casos agudos la cual, en los días en que se hacía esta investigación, a mediados de agosto de 1970, albergaba una población de 33 niños de ambos sexos, los que en relación a comida y cuidados en general, se pudo comprobar que recibian una buena atención. En este Pabellón se da un tratamiento intensivo.

También, hay dos secciones para Hospitalización prolongada que se destinan a enfermos crónicos, éstas son los Pabellones A y B, que tenían en la fecha señalada, 97 pacientes de los dos sexos; que al igual que los del Pabellón de agudos, reciben una atención solícita. Las condiciones de higiene de los locales son muy buenas y los niños se ven bastante tranquilos ... . Estos enfermos son susceptibles de rehabilitación.

Este nosocomio posee en total 202 camas.

Para la docencia se dispone de un aula para 60 personas. El hospital tiene habitaciones para seis médicos residentes; Las oficinas de gobierno, servicios generales y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cuentan con todos los elementos modernos para un correcto funcionamiento.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA

Aunque su especialidad son los padecimientos nerviosos, sin embargo, también atienden enfermedades mentales, si bien en mucho menor grado; para éllo existe una pequeña Sección de Psiquiatría, con servicio de Hospitalización, cuando estuve allí en agosto del 1970, había

43 pacientes internados, hombres y mujeres. Y también imparte Consulta Externa.

LOS HOSPITALES GRANJA

Estos son instituciones creadas para la asistencia y rehabilitación de enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada.

Creados de acuerdo con las directrices señaladas por los autores de las primeras comunidades terapéuticas, Rees y Sivadon y colaboradores en la segunda década de este siglo, los hospitales granja tratan de simplificar el problema de la atención de los pacientes de larga estancia, en la forma menos costosa, y al mismo tiempo, buscan el máximo provecho para las necesidades actuales y modernas de la terapia integral. Representan por lo tanto, un cambio y un distinto punto de vista dentro de las diversas posibilidades que ofrece la organización de la asistencia psiquiátrica general.

El primer hospital granja que se estableció en México, fué el de San Pedro del Monte en León, Guanajuato, el año de 1943, que ya mencionamos anteriormente. En el Distrito Federal se fundó el primer nosocomio de este tipo en Tlalpan, llamándosele Hospital Granja "Bernardino Alvarez". En ambos casos se aprovecharon antiguas construcciones que fueron condicionadas. (35)

Actualmente existen numerosos Hospitales Granja en la República, pero dependen de la Dirección de Salud Mental sólo los siguientes:

Hospital Campestre "Dr. Rafael Serrano", con 520 camas, que está destinado para pacientes que requieren un período de hospitalización prolongado, considerando como tal, aquel que rebasa 6 meses y durante el cual el tratamiento integral se enfoca a ayudarlo a su reincorporación a la sociedad en forma activa y productiva, para que-

sea capaz de convivir dentro del medio familiar y social.

Esta finalidad la cumple este hospital a través de unidades con-- alojamientos confortables y apropiados, así como por medio de terapia- recreacional y patios y jardines agradables.

Además dicha Institución cuenta con Servicio Médico General, La-- boratorio de Análisis Clínicos, Rayos X, Gabinete Dental, Oftalmolo -- gía, etc., para atender las enfermedades concurrentes que se presenten en los pacientes. Se hace investigación clínica o farmacológica y se-- cumple con la función docente a diversos niveles, entre ellos la eta-- pa correspondiente del programa destinado a la residencia psiquiátrica de la Dirección de Salud Mental. (36)

Este nosocomio está situado en El Batán, Puebla.

Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno", que tiene 529 ca- mas y está destinado a la atención médica de pacientes del sexo mascu- lino, mayores de 16 años, con posibilidades de rehabilitación. (37)

Está localizado en Santa Catarina , Tláhuac, D. F.

Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", con 650- camas, es una de las unidades con que se substituyó el antiguo manico- mio y tiene como función primordial la atención de pacientes crónicos- de muy baja posibilidad de rehabilitación, lo que supone estancia pro- longada y a veces definitiva. (38)

Está situado en Apartado Postal # 14, Pachuca, Hidalgo.

Hospital Campestre "Dr. Adolfo N. Nieto", posee 520 camas.

Tepexpan, Estado de México.

Hospital Campestre "José Sáyago", 639 camas.

Tepexpan, Estado de México.

Hospital Granja "La Salud", Tlazolteotl, 444 camas.

Zoquiapan, Estado de México.

Hospital Granja "Cruz del Norte", 224 camas. Hermosillo, Sonora.

Hospital Granja "Cruz del Sur", 160 camas.

Oaxaca, Oax.

Hospital Granja "Villahermosa", 90 camas.

Villahermosa, Tabasco.

Estos nueve hospitales granja tienen en total 4757 camas psiquiátricas.

Los doce Establecimientos mencionados, que dependen de la Dirección de Salud Mental de la SSA, poseen en total 5689 camas para enfermos mentales.

La atención del enfermo hospitalizado en estas Granjas, consta de tres etapas: una, intrahospitalaria; otra, de transición a la comunidad y una última que se refiere a la reintegración del paciente a su ambiente social.

La fase intrahospitalaria, a su vez, se compone de tres partes:

tratamiento médico, psicoterapia individual o de grupo y terapia laboral y recreativa.

Cuando ingresa un paciente a un hospital granja, debe percibir un ambiente simplificado con un régimen equilibrado de actividad, recreación y descanso; coeficiente que tiene por objeto reducir tensiones, favorecer la sociabilidad y crear nuevos intereses.

El estudio del enfermo en sus aspectos físico y mental, se inicia de inmediato por los médicos del hospital, instituyéndose si el caso lo requiere, terapia farmacológica, ya sea especializada o general. La gravedad de la perturbación señalará el tratamiento y el lugar donde puede ser manejado el paciente, ya sea en un ambiente sin limitaciones o en los pabellones destinados a los pacientes más desorganizados.

En cuanto se considera oportuno, se asigna al interesado un lugar de trabajo donde, de acuerdo con su adaptación y rendimiento, podrá permanecer o ser cambiado; se toma en cuenta para ésto, el aspecto voca-

cional y el cociente intelectual. Aquellos pacientes que lo posean alto pueden llegar a desempeñar labores importantes y delicadas dentro-- de la Institución, en tanto que los deficientes son dedicados a labo-- res sencillas. En todo caso el paciente deja, en cierta forma, de ser- considerado como tal, para ser tratado como un trabajador normal.

La terapia recreativa consiste en juegos deportivos, excursiones, fiestas sociales, funciones de teatro y de cine, visitas a museos y -- centros culturales, debiendo tomar parte en ella, todos los enfermos.

La suma de las actividades laborales y recreativas tiende a com-- batir la indiferencia, el aislamiento y el desinterés, y pugna por la- correcta integración de la personalidad y la independencia emocional-- del sujeto.

A medida que se nota una mejor organización del enfermo, con me-- jor adaptación y palautina desaparición de los síntomas, se le va fo-- mentando la relación con las personas que pertenecen al hospital. Con- este propósito, se estimulan las visitas de familiares y amigos pu --- diendo salir de paseo con ellos, y se dan facilidades para permanecer- por períodos más o menos largos en el hogar. Los enfermos pueden salir en compañía de empleados e incluso solos, previa autorización fami --- liar, para asistir a eventos culturales y deportivos o para desempeñar algún trabajo en los lugares vecinos al hospital.

Representa serias dificultades dar de alta definitivamente a un-- enfermo y restituirlo a su hogar y a su ambiente social. Esta etapa es sin duda la más ardua. La experiencia demuestra que muchas familias -- tratan de deshacerse para siempre de su enfermo, y para esos fines no- acatan los ordenamientos médicos indicados, ocultan detalles y falsean informes. El egresado de hospital psiquiátrico es rechazado con fre -- cuencia, tanto por sus familiares, como por los centros de trabajo. De esta situación se deriva un hecho, una consecuencia: la labor del hos-

pital no cesa con el alta, ni se limita al subsiguiente control médi-- co periódico del egresado; su labor debe prolongarse y ampliarse me -- diante un trabajo educativo intenso, entre los familiares y público en general, tratando de conseguir un cambio en las actitudes hacia las -- personas que sufren o han sufrido enfermedades mentales.(39)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL(IMSS)

Al presente, la asistencia psiquiátrica en el IMSS cuenta en el-- Distrito Federal y en la zona del Valle de México con dos servicios -- directos en el Centro Médico Nacional, uno de adultos y otro de niños. Doce clínicas tienen un psiquiatra consultante y las trece restantes-- son sus tributarias. Existen 50 camas de hospitalización en el servi-- cio directo del Hospital General del Centro Médico Nacional y 420 ca-- mas psiquiátricas distribuidas en cuatro hospitales subrogados, como-- sigue: Sanatorio Coapa 120, Sanatorio Floresta 100, Sanatorio "Dr. La-vista 100 y Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" 100. Cada-uno de estos, tiene médicos psiquiatras del IMSS, al cuidado de los -- pacientes, asegurados o beneficiarios hospitalizados en esos nosoco -- mios por cuenta del propio Instituto. En el Hospital de la Raza hay un médico psiquiatra consultante para todas las contingencias de la especialidad que ocurren en ese lugar.

Respecto a la organización actual de los servicios directos men-- cionados, se puede señalar que el de adultos funciona como una unidad-psiquiátrica dentro de un Hospital General. Consta de 50 camas para -- hospitalización(30 para mujeres y 20 para hombres) y tiene capacidad-- para consulta externa de 6,000 pacientes por año.

El personal está constituido por 5 médicos psiquiatras de base,-- 6 médicos residentes, 5 psicólogas clínicas, 2 trabajadoras sociales-- y 15 enfermeras de distintas categorías para cubrir tres turnos.

El Servicio de Higiene Mental Infantil en el Hospital Pediátrico-del Centro Médico Nacional, consta de un departamento para consulta -- externa , donde fundamentalmente se da ésta con fines de enseñanza. El personal cubre las necesidades de consultoría interna del propio hos-- pital.(40)

En el mismo Centro Médico trabajan, un médico psiquiatra y tres-- psicólogos en el Hospital de la Convalescencia, y una psicóloga clínica en el de Oncología. La Subdirección General Médica tiene asignadas a dos psicólogas. Hay un médico visitador y coordinador de los distintos servicios en el Distrito Federal y en la zona del Valle de México.

SERVICIOS PSIQUIATRICOS DEL IMSS EN LA REPUBLICA. 1969 (41)

CIRCUNSCRIPCIONES	No. de psiquiatras en Servicio de Consulta Externa	No. de consultas externas de Psiquiatría	No. de horas trabajadas en Servicio de Cons. Externa	Movimiento de ingresos, egresos, días-paciente y defunciones.			
				Ingr.	Egr.	D.-Pac.	Def.
TOTAL	45	142386	66154	5861	5689	254079	75
Aguascalientes	--	--	---	--	--	--	--
Baja Calif. Edo.	2	2992	1351	224	229	2428	2
Baja Calif. Terr.	--	--	--	--	--	--	--
Campeche	--	2447	598	--	--	--	--
Coahuila	2	5557	2899	152	129	13609	1
Colima	--	--	--	--	--	--	--
Chiapas	--	--	--	--	--	--	--
Chihuahua	2	2962	1328	89	89	1845	2
Distrito Federal	12	54108	25919	2258	2289	148253	5
Durango	1	2559	514	142	137	6649	1
Guanajuato	1	966	520	105	108	1974	1
Guerrero	1	2944	1086	75	75	1927	--
Hidalgo	--	--	--	--	--	--	--
Jalisco	4	11842	6674	431	436	12522	--
México	1	2362	1968	--	--	--	--
Michoacán	--	--	--	--	--	--	--
Morelos	--	1643	1345	92	101	1390	14
Nayarit	--	--	--	--	--	--	--
Nuevo León	5	18503	9144	796	786	23479	5
Oaxaca	1	978	579	54	50	806	1
Puebla	4	10036	4030	696	784	23900	40
Querétaro	--	--	--	--	--	--	--
Quintana Roo	--	--	--	--	--	--	--
San Luis Potosí	1	2261	736	--	--	--	--
Sinaloa	1	2473	1012	--	--	--	--

CIRCUNSCRIPCIONES	No. de psiquiatras en Servicio de Consulta Externa	No. de consultas externas de Psiquiatría	No. de horas trabajadas en Servicio de Cons. Externa	Movimiento de ingresos, egresos, días-paciente y defunciones.			
				Ingr.	Egr.	D.-Pac.	Def.
TOTAL	45	142386	66154	5681	5689	254079	75
Sonora	2	3543	1591	82	87	5008	2
Tabasco	--	--	--	--	--	--	--
Tamaulipas	2	4415	2133	178	173	2561	--
Tlaxcala	--	--	--	--	--	--	--
Veracruz	2	6346	1576	375	110	4618	--
Yucatán	1	3049	1149	112	106	3110	1

INSTITUTO DE SEGURIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.(ISSSTE)

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA Y DE PSICOLOGIA

EN EL DISTRITO FEDERAL

Centro Hospitalario "20 de Noviembre"(42)

Este nosocomio tiene una pequeña Sección de Psiquiatría, con Servicio de Hospitalización, que en la actualidad consta de 20 camas. Registró durante el mes de abril e inicios de mayo de 1971 el siguiente movimiento: al empezar abril había 14 pacientes internados, saldo del mes anterior; al que se le agregó 34 ingresos durante dicho mes, habiendo ocurrido 35 egresos, se inició mayo con 13 enfermos hospitalizados.

El Servicio de Consulta Externa, durante el mismo mes de abril, fué el siguiente:

Promedio diario de primera vez: 3 consultas.

Promedio diario de subsecuentes: 13 consultas.

Clínica de Salud Mental "Tlaltelolco" (43)

Promedio diario de Consultas Externas de Psiquiatría, durante el mes de diciembre de 1970:

Primera vez: 3 consultas.

Subsecuentes: 40 consultas.

Promedio diario de Consultas Externas de Psicología, durante el -- mes de diciembre de 1970:

Subsecuentes: 5 consultas.

Clínica de Neurología y Psiquiatría "Juárez"

Promedio diario de Consultas Externas de Psiquiatría, durante el-- mes de diciembre de 1970:

Primera vez: 3 consultas.

Subsecuentes: 38 consultas.

Promedio diario de Consultas Externas de Psicología, durante el-- mes diciembre de 1970:

Primera vez: 2

Subsecuentes: 10

Y por último, el ISSSTE pondrá en servicio próximamente el Hospi-- tal General "Lic. Adolfo López Mateos", que también contará con Servi-- cio de Psiquiatría.

VI. INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN NUESTRO PAIS

Como decíamos al principio, existen factores socio-culturales que, al parecer, propician la enfermedad mental, tal sería también el caso en México; algunos de los padecimientos que afectan a nuestro pueblo, como el alcoholismo y los problemas de conducta en la infancia, serían de los que en forma más clara están influidos por dichos determinantes sociológicos. La derrota y humillación de los indígenas a raíz de la Conquista, así como la situación frustrante de los mestizos posteriormente, sería uno de ellos y que estaría influyendo en el problema que presenta el alcoholismo; la desintegración de la familia, debida a la ausencia del padre, que con frecuencia ocurre en el hogar mexicano, podría estar determinando los trastornos de conducta en la infancia.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que los principales padecimientos mentales y neurológicos en la República Mexicana son: a) Crísis Epiléptica, b) Debilidad Mental, c) Alcoholismo crónico. Los diagnósticos de Psicosis alcohólicas son muy escasos debido a la falta de empeño en descubrirlos. d) Reacción psicótica esquizofrénica, e) Psiconeurosis de angustia, f) Padecimientos psicosomáticos de tipo gastrointestinal y cardiovascular, g) Personalidad sociopática, en su variedad psicopática. En los niños son muy frecuentes los problemas de conducta, en especial: agresividad, destructividad, hurto, fugas del hogar y vagancia (44).

Morbilidad Neuropsiquiátrica en la República Mexicana según el Censo realizado en el año 1960 (45).

Enfermedad	No.	%	Cálculo sobre 100,000
1.- Epilepsia	257,000	18.60	734
2.- Alcoholismo	192,000	13.54	548
3.- Psiconeurosis	162,000	11.54	462
4.- Problemas de conducta en la infanc.	158,000	11.40	451

Enfermedad	No.	%	Cálculo sobre 100,000
5.- Psicosis maniaco-depresiva	83,000	5.30	257
6.- Esquizofrenia	71,000	4.90	202
7.- Otros	495,000	34.81	1414
Sumas	1.418,000	100.00	4048

Es decir, que según estos datos -los más recientes en escala nacional- 1 de cada 20 personas necesitan atención neuropsiquiátrica.

La Epilepsia, Debilidad Mental, de la que no fué posible obtener el dato estadístico definitivo, y el Alcoholismo crónico ocupan respectivamente, los tres primeros lugares en la incidencia de las enfermedades neuropsiquiátricas en nuestro país.

La epilepsia, es un padecimiento caracterizado por ataques convulsivos y recurrentes de varios tipos, acompañados de tratornos de la conciencia y manifestaciones electroencefalográficas de descarga anormal de las células ganglionares de la corteza. El ataque epiléptico se caracteriza por la descarga de las células ganglionares corticales; hipótesis que es apoyada tanto por las manifestaciones clínicas de convulsiones focales y generalizadas como por el estudio de las ondas cerebrales registradas en el electroencefalograma.

La psicosis epiléptica, es una entidad patológica en la que no solamente encontramos la alteración de la celdilla nerviosa, que se manifiesta por la crísis convulsiva característica; sino además el deterioro mental y la regresión progresiva de las funciones psíquicas superiores hasta llegar al estado demencial que lo aisla totalmente de la sociedad.(46)

En México, es elevado el porcentaje de epiléticos, por lo que debe impulsarse el estudio de dicha enfermedad y la preocupación por ella, como un acto de humanidad para dichos individuos.

Para darnos cuenta de la gravedad del problema, recordemos, la re-

visión de 7876 Expedientes de pacientes que ingresaron en el Manicomio General de la Castañeda durante los años de 1954-59: se encontró que-- 1064 enfermos eran de tipo convulsivo, entre los cuales había 356 contrastornos psicóticos que expresado en porcentaje equivale al 33.45%.

De los 356 psicóticos convulsivos se tenía una población de:

Niños	19	5.33%
Edad Media	279	78.37%
Adultos maduros	58	16.30%

En relación al sexo:

Sexo masculino	206	57.86%
Sexo femenino	150	42.14%

Por su lugar de origen:

Provenientes del D. F.	110	30.88%
Provenientes de Provin.	246	69.12%

La oligofrenia fué definida por Kraepeling como un "un grupo de-- trastornos psíquicos caracterizados por la falta de desarrollo más o-- menos precoz del estado psíquico general, que se manifiesta por una -- deficiencia intelectual de distinto grado". Se debe considerar que en realidad la oligofrenia no es en sí una enfermedad definida, sino un-- conjunto de padecimientos en los cuales grandes diferencias etiológi-- cas, clínicas y anatomopatológicas se presentan, y todas ellas son --- responsables de falta de capacidad intelectual.

Términos sinónimos de oligofrenia son por ejemplo el de Amencia;- Debilidad Mental; Deficiencia Mental, adoptado por la American Psychiatric Association, en el año 1952; subnormalidad Mental, usado en 1958-- por Masland, Sarason y Galdwin; Retraso Mental, utilizado por Herbert-- en 1961 y, por último, el término empleado por Olhausky Schonfield y -- Sternfeld de Culturalmente Distinto o Insuficiente adoptado en 1962.

Por otro lado, dentro del término empleado por Herbert de Retraso-Mental, se usan varios de los nombres anteriores: deficiencia mental,--debilidad mental, anormalidad mental y amencia, para denominar las di--versas alteraciones de la capacidad intelectual.(47)

Aun cuando no se conoce la etiología de todas las formas de defi--ciencia mental, un elevado porcentaje de las mismas puede ser atribuido a causas conocidas, sean éstas endógenas (inherentes a la constitución-genética) o exógenas (del ambiente).

Aunque la mayoría de los casos de retraso mental son de origen or-gánico, existen algunos, cuya causa es psicológica y así tenemos:

Retardo mental cultural-familiar

Retardo mental psicogénico asociado con carencia ambiental

Retardo mental psicogénico asociado con alteración emocional

Retardo mental asociado con alteración psicótica o de la persona--lidad.

Sobre la incidencia de la oligofrenia o debilidad mental en la Re-pública Mexicana, puede decirse que es alta, aunque estadísticamente no haya sido posible calcularla. Lo más que se ha realizado ha sido una -- investigación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la década-1950-60, durante el Censo que ya mencionamos. La colaboración obtenida-de parte de 16,216 médicos invitados fué muy pobre, pues tan solo 2,690 o sea el 16.6% fueron los que respondieron en la obtención de datos; y-éstos fueron que de 123,700 enfermos mentales investigados 1447 casos--estaban afectados de este mal.

Es indudable que debido al gran número de personas que no coopera-ron, los datos aquí consignados distan mucho de corresponder a la rea--lidad, al no poder presentar la veracidad del problema en México, ya -- que considerando tan solo la elevada incidencia del retraso mental por-

heredoalcoholismo puede ser muy alta. (48)

El alcoholismo dentro de la psiquiatría norteamericana y bajo las- pautas psicoanalíticas, sus causas se asignan a factores psicógenos. Según éllos, el alcoholismo tiene causas preponderantemente psicogénicas.

La demanda de alcohol tiene su fuente en las tensiones, conflictos- frustracciones, etc.; que no son más que manifestaciones de angustia. El alcohol es un reductor de la angustia. Luego, el incremento de la ape -- tencia por las bebidas alcohólicas se explica porque abate dicho con --- flicto psíquico. Una persona madura o normal es capaz de manejar su an-- gustia fácilmente, sin que trastorne su personalidad. Una persona inma-- dura o emocionalmente dependiente no soporta la angustia con facilidad y tiene que recurrir en su auxilio a síntomas neuróticos o a la ingestión- de bebidas alcohólicas, para manejar con "equilibrio" sus dificultades.- Y como sabemos cualquier hecho que reduzca la angustia tiende a volverse un hábito. La fuerza del hábito depende en todo momento del grado de an- gustia que lo produce.(49)

El alcoholismo se remontan en México a los tiempos precortesianos,- que ya conocían la manera de elaborar el octli o pulque mediante la fer- mentación del aguamiel que se extrae de los magueyes.

Los aztecas tenían afición por esta bebida, pero por sus consecuen- cias nefastas elaboraron leyes muy rígidas en contra de los alcohólicos, al grado de que había, como dijimos con anterioridad, pena de muerte pa- ra el individuo joven, noble o sacerdote que fuera sorprendido en estado de ebriedad.

Durante los siglos posteriores a la Conquista la población se des-- bordó en la ingestión excesiva de las bebidas alcohólicas, probablemen-- te debido a la supresión de las leyes prehispánicas y también como un -- mecanismo de huida de un pueblo viviendo las difíciles condiciones de la

ignorancia y de la opresión.(50)

En la actualidad el problema continúa teniendo gran importancia,-- pues de acuerdo con el Censo ya mencionado, seis de cada mil habitantes de la República son enfermos alcohólicos.(51)

En la tabla de datos estadísticos anterior, correspondiente al Censo de 1960, están incluidos los enfermos neurológicos. La que sigue a -- continuación corresponde exclusivamente a los pacientes de carácter --- psiquiátrico, que son los que están directamente relacionados con el -- tema de esta tesis.(52)

	Grupo de Edad de los Enfermos			Totales
Enfermos con Trastornos Psiquiátricos Primarios.1960	Menores de 20 años	De 20 a 50 años	Mayores de 50 años	
Enfermos mentales, psicosis y trastornos de la personalidad	325,814	449,627	262,871	1.038,312

Enseguida tenemos más información, sobre la incidencia de las en-- fermedades mentales en nuestro país: (53)

Comparación de la Distribución Percentual de los Diagnósticos de-- enfermos internados en el Manicomio General en los años de 1957 y 1967.

Diagnóstico	Porcentaje en 1957	Porcentaje en 1967
Esquizofrenia s./especif. y los diversos tipos	35	32.0
Diversos tipos de epilepsia y su asociac. con otros padecim. mentales	24	24.0
Deficiencia mental(debilidad, imbecilidad e idiotez)	13	15.2
Neurolúes	5	2.3
Alcoholismo y psicosis alcohólica	5	4.9
Paranoia y estados paranoicos	4	3.0
Reacción maniacodepresiva	4	4.2
Psicosis senil y presenil	3	7.0

Diagnóstico	Porcentaje en 1957	Porcentaje en 1967
Otras psicosis	4	5.1
Sin diagnóstico y no clasificables	3	2.1
Totales	100	100.0

Por la carencia de datos estadísticos a nivel nacional de las enfermedades mentales, posteriores al Censo ya mencionado en varias ocasiones anteriores, se investigó al respecto en el Indice Nacional de Terapéutica y Enfermedades, que es una organización privada fundada en México en el año 1969. A esta Institución pertenecen en Latinoamérica, además de nuestro país, Argentina y Brasil; sus antecedentes son: National Diseases and Therapeutic Index de Estados Unidos, Institute Europeen de Documentation et de Reserches de Francia y Medical Data Index de Inglaterra, Alemania e Italia. Su función es obtener anualmente información referente a todas las enfermedades tratadas en la práctica privada de la medicina. En su catalogación utiliza la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

El mencionado Organismo trabaja para centros de investigación y universidades de México y varios países extranjeros. Los datos que obtiene se basan en una muestra de probabilidades estratificada, correspondiente a informes proporcionados por el 2% (900 médicos), de un universo de 24,000 de dichos profesionales que ejercen la medicina privada en la República.

En promedio, las cantidades anotadas más adelante para los diferentes padecimientos representan del 60 al 70% del total nacional; sin embargo, analizadas por separado se verá que algunas constituyen un porcentaje más elevado, como es el caso de la mayoría de las Enfermedades Parasitarias e Infecciosas, el de las Enfermedades Respiratorias y las Enfermedades del Aparato Digestivo, entre otras, que posiblemen-

te representen el 80%. En cambio otras, como las enfermedades mentales, equivaldrían tan solo a un poco más del 30% del número total de enfermos mentales que existen en el país. Este hecho probablemente lo explique el siguiente razonamiento: es más económico y prestan igual o mejor atención los servicios públicos por poseer estos mejores instalaciones hospitalarias, etc.

Así tenemos 437,000 enfermos mentales, que son atendidos por los servicios psiquiátricos privados. Esta cantidad, por la manera de trabajar de este organismo que se basa en un muestreo, como ya dijimos, está expuesta a un error de más o menos el 11%; de todas maneras, tomando el número base de 437,000 y comparándolo con 1.250,000 que es el total aproximado de enfermos psiquiátricos existentes en el país, tenemos que equivale al 35% de dichos pacientes. Respecto a la cantidad global mencionada, habría que decir que es un cálculo teórico que podría ser considerado como muy cercano a la realidad, tomando en cuenta que en el año 1960 había 1.038,312 personas afectadas por esta clase de padecimientos y desde entonces ha transcurrido una década ... .

Por otro lado, observaremos basándonos en estos datos, que las enfermedades mentales en México ocupan el 14o. lugar en la ocurrencia general de las enfermedades y según la Clasificación de la OMS que las divide en 18 categorías. Este dato no es muy confiable, por la variabilidad de los porcentajes de los diferentes padecimientos en relación con el total nacional.

También se obtuvieron las especificaciones de los diferentes tipos de enfermedades mentales que tenemos en nuestra patria, así como el número de individuos que son víctimas de cada una de ellas.

La información anterior nos da a conocer la atención que presta al tratamiento de las enfermedades mentales la práctica psiquiátrica

privada; también da una idea de la incidencia general de tal problema a escala nacional. Y por último, presenta la gran ventaja de que es -- muy reciente.

Todos los datos referidos siguen a continuación.

Total estimado de pacientes de todas las enfermedades, según la-- Clasificación de la OMS, que fueron atendidos por los servicios privados de la medicina en la República Mexicana durante el año de 1970.(54)

01 Enfermedades Parasitarias e Infecciosas	5.889,000
02 Neoplasmas	61,000
03 Enfermedades de las Glándulas Endocrinas, de la Nutrición y del Metabolismo:	
3.5 Enfermedades del Tiroides	36,000
3.6 Diabetes Mellitus	253,000
3.7 Otras Enfermedades Endocrinas y Metabólicas	119,000
3.8 Avitaminosis y Deficiencia Nutricional	412,000
04 Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos	456,000
05 Enfermedades Mentales	437,000
06 Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Organos de los Sentidos	1.178,000
07 Enfermedades del Sistema Circulatorio	954,000
08 Enfermedades Respiratorias	5.757,000
09 Enfermedades del Aparato Digestivo	1.876,000
10 Enfermedades Genitourinarias	1.458,000
11 Parto y Complicación Gravídica	587,000
12 Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo	1.024,000
13 Enfermedades Músculoesqueléticas y del Tejido Conjuntivo	797,000
14 Malformaciones Congénitas	22,000
15 Morbilidad y Mortalidad Perinatales	6,000
16 Síntomas y Estados Morbosos mal definidos	953,000

17 Accidentes, Envenenamiento y Violencia --------- 56,000
(causas externas)
18 Condiciones específicas sin enfermedad --------- 583,000
(Vacunación, planeación de familia, observación y atención prenatal, atención lactancia y niño sano, etc.)

Los 437,000 enfermos mentales detectados de esta forma, se reparten de la siguiente manera dentro de las dos grandes divisiones de la enfermedad mental:

Neurosis y otros tipos de enfermedades ---------- 404,000

Psicosis ---------- 33,000

NEUROSIS Y OTROS TIPOS DE ENFERMEDADES

Neurosis:

De ansiedad ---------- 149,000

Histeria ---------- 17,000

Depresiva ---------- 14,000

Obsesivo-Compulsiva ---------- 1,770

Fóbica ---------- 1,590

Neurastenia ---------- 8,580

Hipocondría ---------- 300

Síndrome de despersonalización ---------- 3,300

No especificada ---------- 19,000

Suma ---------- 214,540

Formas de alcoholismo y no especificadas: ---------- 18,000

Trastornos de la personalidad:

Personalidad explosiva ---------- 460

Personalidad histérica ---------- 4,460

Personalidad afectiva ---------- 140

Personalidad asténica ---------- 160

Trastornos de la personalidad:	
Personalidad antisocial	660
Otros	140
Suma	6,020
Adicción a las drogas:	
Droga no especificada	1,710
Cannabis sativa (haschisch y marihuana)	360
Alucinógenos	1,120
Suma	3,190
Trastornos somáticos de origen psíquico presumible:	
Cutáneos	1,740
Cardiovasculares	4,370
Respiratorios	1,420
Otros	3,050
Suma	10,580
Trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales:	4,360
Oligofrenia:	
Liminar	3,710
Discreta	920
Moderada	920
Grave	450
De grado no específico	9,720
Suma	15,720

Desviación sexual:	
Homosexualidad	1,050
Suma	1,050
Trastornos de la conducta en la infancia:	970
Trastornos mentales no especificados como psicóticos asociados con afecciones somáticas:	
Con intoxicación general por toxinfección o por drogas o venenos	250
Suma	250
Trastornos somáticos gastrointestinales:	24,000
Trastornos somáticos genitourinarios:	24,000
Trastornos especiales del sueño:	54,000
Cefalalgia:	25,000
Síntomas especiales no clasificables en otra parte:	
Balbuceo y tartamudez	820
Enuresis	1,500
Suma	2,320
TOTAL	404,000
PSICOSIS	
Esquizofrenia:	
Paranoide	2,440
Simple	680
Hebefrénica	420
Latente	800

Esquizofrenia:	
Esquizoafectivo	440
Tipo no especificado	2,590
Suma	7,370
Psicosis afectivas:	
Maníaco-depresiva, tipo maníaco	1,500
Maníaco-depresiva, tipo depresivo	3,460
Melancolía involutiva	1,350
Psicosis reactiva, sin otra especificación	2,680
Psicosis no especificada	2,000
Suma	10,990
Demencia senil y presenil:	
Senil	2,780
Suma	2,780
Psicosis alcohólica:	
Psicosis de Korsakov	4,320
Otras alucinosis alcohólicas y	420
Otras y las no especificadas	2,340
Delirium tremens	2,150
Esquizofrenia residual	840
Psicosis no especificadas	130
Suma	10,200
Psicosis asociadas con otras afecciones cerebrales:--	800

Otras psicosis:	
Excitación reactiva	400
Confusión reactiva	460
Suma	860
TOTAL	33,000
Suma de TOTALES	437,000

VII. TERAPEUTICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Las enfermedades mentales, al igual que ocurre con las físicas,-- pueden curarse; si bien en ambos tipos de padecimientos suelen presentarse algunos casos en los que no hay posibilidades de recuperación.

Para la enfermedad mental de origen psicógeno el tratamiento básico es la psicoterapia, que se auxilia, en ocasiones, de técnicas tales como los choques insulínicos y electroconvulsivos, las drogas y en casos extremos de la psicocirugía.

La psicoterapia puede definirse como el tratamiento de los pro -- blemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medios psicológicos (55). Y es una rama de la ciencia psicológica y psicopatológica, no constituyendo un arte sino un procedimiento técnico basado en-- principios científicos. El terapeuta trata los sufrimientos de los seres humanos, y es preciso recordar que el hombre sufre únicamente en-- su totalidad, como persona completa (56).

Se considera fundamental en la psicoterapia el establecimiento de una relación entre el paciente y el psicoterapeuta, orientada hacia el desarrollo personal del enfermo. La finalidad del tratamiento puede -- ser a menudo, la remoción de los síntomas; más frecuentemente el objetivo es alterar las normas de conducta permanentes, de manera que el-- individuo pueda adaptarse a tensiones futuras sin experimentar síntomas invalidantes y a la luz de una nueva comprensión de sí mismo.

La premisa básica general de la psicoterapia es que las altera --- ciones de la personalidad surgen primitivamente por experiencias in --- terpersonales inducidas en la primera infancia y afirmadas por la si--- tuación contemporánea. Esta afirmación no niega el papel de los facto-- res genéticos u orgánicos en diferentes enfermedades. En realidad, los-

factores orgánicos pueden desempeñar diversos papeles en cualquier enfermedad, tal como se presenta en diferentes individuos. No obstante, la premisa básica que fundamenta la psicoterapia es que las alteraciones funcionales son, en esencia, el resultado de experiencias con otras personas; es decir, son reacciones aprendidas. Sobre la base de este aserto el psicoterapeuta intenta resolver el problema fundamental por un proceso de reeducación del paciente a través de una experiencia correctiva con otra persona, el terapeuta.

En el proceso de la psicoterapia, el profesional fomenta el establecimiento de una relación emocional entre él y el enfermo, la que tiene como prototipo, en muchos aspectos, la relación padre (o madre)-hijo. En realidad, en determinados tipos de psicoterapia se dice que no se ha completado el tratamiento hasta que el paciente, en su relación con el terapeuta, no haya vuelto a experimentar y a desarrollar nuevos enfoques para la resolución de los importantes conflictos de su relación padre-hijo.

Sea necesario o no ese "revivir" de todos los problemas padre (o madre)-hijo, es inevitable que el paciente transfiera al terapeuta los conflictos y deformaciones que caracterizan sus acciones recíprocas con los demás. Esa transferencia constituye la esencia de la relación con el terapeuta y es la que proporciona a éste - según la orientación psicoanalítica - las herramientas psicoterapéuticas básicas. La instalación de esa transferencia es facilitada por el malestar del paciente y su esperanza en la ayuda de una autoridad reconocida. La mayoría de los terapeutas tratan de mantener su neutralidad para que la relación que se establezca refleje las dificultades del paciente sin verse deformadas por la personalidad o la influencia del tratante. Por tal motivo, la madurez emocional y la propia comprensión son atributos importantes del terapeuta ideal. En el contexto de una relación con una-

persona así, el enfermo experimentará y volverá a vivir sus problemas sin las consecuencias habituales que tienden a perpetuarlos.

Las técnicas psicoterapéuticas varían mucho. En consecuencia, es difícil fijar generalizaciones que se adapten a todas las formas de-- psicoterapia. Por ejemplo:

Algunos terapeutas consideran que la técnica de psicoterapia más importante es la interpretación, es decir, señalar al paciente el significado y el sentido de su conducta. Otros creen preferible que la -- interpretación surja del propio paciente, y que la manifestación verbal del juicio, cuando ocurre, no es causa de mejoría o curación, sino más bien el resultado de la mejoría.

Hay terapeutas que utilizan a propósito técnicas que alientan la- subordinación del enfermo, por lo menos en ciertas fases del proceso. Otros sostienen que el paciente debe ser instado a mostrarse independiente, seguro de sí, y responsable de sus propias decisiones.

Algunos terapeutas tratan de mantener una "pantalla en blanco" -- evitando revelar aspectos de su propia vida y actividades, para reflejar sólo lo que presenta el paciente. Otros consideran que es más be-- neficioso mostrarse como un ser "real" en un intercambio personal activo.

Es norma de algunos destacar la diferencia entre pensar "con" el- paciente en oposición a pensar "acerca" de él, y tratan únicamente de- adoptar el marco de referencia que ofrece el paciente comprendiendo -- cómo piensa y siente en ese momento y comunicándole esa comprensión. Esto caracteriza en particular a la escuela de psicoterapia llamada -- "no directiva" o "centralizada en el cliente", grupo que ha contribuido mucho a la investigación en el proceso de la psicoterapia. Otros -- consideran que es facultad esencial del terapeuta hacer correcta in --

terpretación de las ideas y sentimientos del enfermo.

Algunos terapeutas creen que las experiencias con que trata la-- psicoterapia deberían ser primariamente las del momento presente y -- que tendrían poca importancia los antecedentes históricos de la con-- ducta. Otros afirman que la finalidad más importante de la psicotera- pia es volver a establecer el lazo entre las experiencias del pasado- (tempranas) y las dificultades presentes.

Algunos psicoterapeutas abogan por que la psicoterapia se maneje con experiencias imaginadas (sueños y asociación libre). Otros creen- que los datos más importantes para el tratamiento son las experien -- cias de la realidad.

A pesar de las diferencias de técnica representadas por las mu- chas escuelas de psicoterapia, un gran número de autoridades en la -- materia cree probable que el aspecto más importante no sea la técnica (o técnicas) especial, ya que los resultados experimentales en las -- principales escuelas no difieren fundamentalmente. Tambien destacan-- los elementos comunes a todas las psicoterapias eficaces y creen que- el esfuerzo terapéutico surge de ellos y no de los detalles que dis-- tinguen un enfoque de otro.

Existen elementos que son comunes a todas las psicoterapias efi- caces, y así podríamos decir que la base de toda psicoterapia efectiva es una relación de respeto mutuo, en la que el paciente experimente -- confianza en el terapeuta y se sienta libre para comunicarse sin temo- res ni recelos. La estructura de la relación terapéutica ideal permi- te y fomenta la libertad de expresión verbal sin temor a la censura o al rechazo. Con la libertad y la seguridad de una relación en que se- siente comprendido, respetado y aceptado, el paciente se ve libre pa- ra explorar todos los aspectos de su vida, moviéndose progresivamente en zonas antes negadas al conocimiento, llegando así tanto a la ex --

periencia como al conocimiento más completo de sí mismo. La psicoterapia actúa mejor cuando es estructurada como un esfuerzo de colaboración mutua; no hay nada de milagroso en el asunto. Por tal motivo, la psicoterapia no progresará hasta tanto no se establezca un acuerdo mutuo (por lo menos implícito) de que el paciente tiene un problema que desea resolver; que se trata de algo que está dentro de sí (y no en su esposa, o en su patrón, o en la realidad); y que es un conflicto tratable con psicoterapia por ese terapeuta en particular. La psicoterapia tendrá las mayores probabilidades de éxito si el sufrimiento del paciente es superior a las recompensas que le rinde su enfermedad, es decir cuando las desventajas superan con claridad a las ventajas.

Toda psicoterapia incluye cierto grado de apoyo y de interpretación. No obstante, a veces las terapéuticas se caracterizan sobre la base del grado en que son primitivamente de apoyo o interpretativas.

La psicoterapia de apoyo está indicada en los casos en que todo cuanto puede intentarse en ese momento, o lo más práctico, es fortalecer los mecanismos de defensa del paciente, como cuando se trata de una persona de mucha edad. Si existe amenaza de descompensación de los mecanismos de defensa presentes, se requerirá psicoterapia de apoyo. En otros casos la edad avanzada, las ineptitudes físicas o la rigidez de la situación de la vida hacen poco práctico un enfoque más ambicioso. Entonces la finalidad será, por lo común, restaurar una adaptación previa (relativamente) satisfactoria o efectuar un ajuste en la estructura actual de la personalidad del paciente. La terapia de apoyo, en principio, se convertirá en interpretativa a medida que vaya cambiando la finalidad del tratamiento.

Uno de los principios primordiales de la terapia de apoyo es no hacer nada que acelere la angustia excesiva. Por este motivo se tendrá

gran cuidado en no comprometer un mecanismo de defensa importante por-el proceso de la terapia. Se insistirá sobre la realidad actual del -- paciente; no se alentará la asociación libre, la imaginación o la in-- terpretación de los sueños. Como los controles internos suelen ser débiles, el terapeuta tratará de estructurar al paciente, estableciendo-límites reales a su conducta, aconsejándole y dándole seguridad y propocionándole "apoyo" cuándo y dónde lo necesite. Usará deliberadamente la sugestión, la persuasión, la inspiración, la dirección y la exhor-- tación. A veces se utiliza el manejo del medio ambiente como una forma de disminuir las tensiones. Como este tipo de terapia se usa en enfermos vulnerables a la psicosis, son grandes los peligros inherentes a-- misma. La psicoterapia de apoyo es muy difícil de administrar, porque-hay que comprender profundamente la estructura de defensa del paciente para decidir si determinada maniobra resultará o no de apoyo.

Durante la psicoterapia de apoyo es importante poder graduar la-- eficacia del sistema de defensas del enfermo; saber qué ocurre en todo momento. Los síntomas a veces sirven a importantes funciones para restaurar los defectos de adaptación o evitar la regresión a una enfermedad más grave. De ahí que pueda tener consecuencias desastrosas la remoción precipitada de un síntoma. También algunos individuos perciben-la psicoterapia de apoyo como una forma de tratamiento fácil y económica, ya que sus fines suelen ser más modestos, como por ejemplo, simplemente evitar la hospitalización.

Aparte de las situaciones en que todo cuanto puede hacerse es la-psicoterapia de apoyo, también se emplea cuando no se considera necesario nada más. En una reacción de pena temporaria, en reacciones depresivas o situacionales, en excitaciones adolescentes, y en otras --- crisis transitorias presentes en una personalidad relativamente intacta, será adecuada la psicoterapia de apoyo temporaria para ayudar al--

paciente durante un período de ajuste difícil.

La finalidad de la terapéutica interpretativa, en su mayor parte, es cambiar la estructura básica de la personalidad del paciente más -- bien que alcanzar un ajuste más armonioso con ella. Para que ocurra -- tal cambio, el paciente deberá tener motivación suficiente para ac --- tuar con una meta de largo alcance y soportar la frustración que la -- acompaña, la angustia y el sacrificio que la adopción de esa meta im-- pone. El grado de integración de personalidad del paciente debe ser -- adecuado para tolerar la angustia despertada por la interpretación, cu- yo objeto es poner en palabras cuidadosamente elegidas y con sentido,- los conflictos que son la base de los problemas del paciente con otras personas. Para que sea útil la interpretación, deberá ser precisa y -- concreta, y para que sea más eficaz deberá ser espaciada en coinciden- cia con el punto máximo de la complicación emocional del paciente.

Las formas principales de la psicoterapia interpretativa son el-- psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica.

El psicoanálisis se basa en los principios expuestos por Freud. Las técnicas principales incluyen la asociación libre y la interpreta- ción de los sueños. Un aspecto sobresaliente del psicoanálisis es la-- sistemática investigación e interpretación de la relación de transfe-- rencia que se establece entre el paciente y el analista, así como tam- bién un análisis de las resistencias emocionales del paciente que lo-- llevarán a la distorsión de sus relaciones con los demás. La finalidad del psicoanálisis es el logro, por el paciente, del conocimiento de -- sus conflictos inconscientes junto con una amplia alteración de la es- tructura de la personalidad, los cuales se manifiestan ambos por cam-- bios en la conducta inadaptativa anterior. En su forma clásica, el --- psicoanálisis es un proceso prolongado (con frecuencia cinco horas a-- la semana). Los métodos más breves y las modificaciones de la técni--

U.N.A.M.

ca por los llamados "neo-freudianos" han dado lugar a diferentes escuelas de psicoanalistas. Sin embargo, algunos prefieren mantener el término "psicoanálisis" para la psicoterapia en el sentido clásico solamente, tal como se originó en Freud y sus adeptos.

En oposición al psicoanálisis clásico como se acaba de describir, la psicoterapia psicoanalítica utiliza las ideas de Freud y sus adeptos, pero con mayor flexibilidad en el enfoque. Los fines del tratamiento pueden ser circunscriptos y relacionados con aspectos específicos del conflicto. Como puede darse menos importancia a una sistemática investigación e interpretación de la relación de transferencia, también el terapeuta puede preocuparse menos en mantener una "pantalla en-blanco". En realidad, podrá establecer relación activa con el paciente en una forma más natural que la característica del psicoanálisis clásico. En lugar de las asociaciones libres y los sueños, el enfoque primario podrá constituirlo el informe detallado de las actuales relaciones personales mutuas, dirigido por un cuestionario hecho por el terapeuta. Las técnicas de apoyo y reeducativas pueden usarse con más libertad que en el psicoanálisis clásico.

La modificación de las técnicas ha ampliado el uso de la psicoterapia hasta grupos de enfermos esquizofrénicos y casos "fronterizos" que no serían tratables por el psicoanálisis clásico. Por ejemplo, con enfermos esquizofrénicos resulta casi siempre inútil el tipo común de interpretación, porque estos pacientes tienen conciencia del significado simbólico de sus manifestaciones. Como tales enfermos suelen tener dificultad en distinguir entre la fantasía y la realidad, rara vez se utiliza la asociación libre (imaginación ilimitada). Se ha visto que es más útil en ellos manejar los problemas de la realidad. En tales circunstancias, la terapéutica se lleva a cabo en una relación cara a cara (en vez de tener al paciente en un diván) y con gran flexibilidad en

cuanto a frecuencia y duración de las sesiones.

La psicoterapia de cualquier tipo es siempre un proceso prolongado, ya que las normas de conducta establecidas prematuramente son resistentes a los cambios. Aunque a veces se consigue con facilidad y en poco tiempo el alivio de los síntomas, el cambio duradero de la personalidad sólo ocurrirá, generalmente, después de haberse intentado nuevo aprendizaje, modificado y vuelto a ensayar, en una relación caracterizada por el cuidado no posesivo del paciente por el terapeuta.

A no dudarlo, el futuro dará pruebas de grandes adelantos en la comprensión científica de las relaciones personales que ocurren en la psicoterapia. Considerada durante mucho tiempo como un arte, en los últimos años la psicoterapia se ha convertido en el centro de investigaciones dentro de las ciencias que estudian la conducta. La última década ha visto adelantos en la formulación de terapias particulares y racionales adaptadas a complejos sintomáticos específicos. La psicoterapia, como ciencia, está en sus primeros estadios. No obstante, aplicada con juicio, ofrece la forma más eficaz de aumentar la felicidad, el provecho y el bienestar del paciente (57).

PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo, aunque emplea muchos de los recursos, técnicas y mecanismos psicológicos de la psicoterapia individual, es más compleja debido a los factores adicionales inherentes al proceso del grupo. La complejidad puede obstaculizar en cierto grado la profundidad de los insights que pueden obtenerse. Las finalidades del grupo representan una suma de las motivaciones de los miembros y los objetivos del guía. En general, los guías de grupo tienen como objetivo ayudar a sus pacientes a obtener alivio para su stress emocional, a resolver algunos de sus conflictos, a percibir más claramente las razones de sus dificultades y a cambiar sus reacciones defensivas por --

formas de conducta más aceptables y satisfactorias dentro de la socie-- dad.

Cuando es posible usar con los pacientes investigación de fondo y- experiencias emocionales profundas, el tratamiento puede hacer que se-- modifiquen las cualidades del superego, y al mismo tiempo cambie la es- tructura del carácter.

La gran variedad de motivaciones conscientes que abrigan los enfer- mos habitualmente cede en el curso del trabajo de grupo, y en su lugar aparece como objetivo la formación de insight. No obstante, hay muchas- gentes para quienes el desarrollo de un insight profundo es imposible o incluso nocivo. Muchos terapeutas han experimentado un cambio progresivo en su manera de conducir grupos. S. Hadden, uno de los primeros guías-- en el desarrollo de la psicoterapia de grupo, utilizó este método sin-- darse cuenta de que otros autores lo habían ya empleado al mismo tiem-- po; cuando trabajó con pacientes psicosomáticos en un hospital general- primero usó un enfoque directivo, con explicaciones, palabras tranqui-- lizadoras y charlas inspirativas; más tarde reconoció la oportunidad -- para utilizar por entero los principios de la psiquiatría dinámica. En- consecuencia, se han desarrollado varios métodos de psicoterapia de --- grupo; su técnica varía desde un tratamiento no directivo en absoluto-- hasta un tratamiento completamente directivo. En un extremo de esa esca- la se encuentran los tratamientos analíticos o de asociación libre; en- el otro, los enfoques inspirativos encaminados a suprimir la conducta-- sintomática.

El hecho de que haya muchos sistemas para organizar el tratamien- to de grupo no refleja la validez psicoterapéutica de este método; más- bien indica la necesidad de emplear diversos enfoques para manejar las- múltiples categorías diagnósticas que los terapeutas de grupo intentan- tratar.(58)

La evaluación estadística de los resultados terapéuticos del trabajo de grupo, al igual que en todos los tratamientos, es deficiente-- en lo que respecta a objetividad adecuada. Schilder obtuvo resultados- extraordinariamente buenos con el tratamiento analítico de grupo; en-- contró que, de 31 pacientes neuróticos tratados, 9 se curaron y 15 mejoraron. Se obtuvo mejoría en los enfermos hipocondriacos, y en los -- pacientes histéricos que sufrían de neurosis de angustia y neurosis -- obsesivas y sociales, hubo curas completas o notables mejorías. Re --- cientemente se efectuó un estudio en 22 delincuentes juveniles que semanejaron con tratamiento de grupo a base de entrevistas y activida -- des; al mismo tiempo se estudió un grupo control con igual número de-- miembros; los resultados revelaron estadísticamente una importante mejoría en el grupo experimental, lo cual se pudo apreciar en pruebas -- psicométricas, en los éxitos escolares, en pruebas de madurez y por -- medio de la técnica de Rorschach para evaluar la personalidad. Por --- otra parte, se dice que las depresiones neuróticas responden bien a la psicoterapia de grupo. La mayoría de los terapeutas de grupos bien --- constituidos informan resultados comparables a los que se obtienen con psicoterapia individual (59).

OTRAS TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS

Entre varias que existen comentaremos brevemente las siguientes: narcosíntesis, ventilación, abreacción, persuasión e hipnosis.

la. En esta forma de tratamiento se aplica al paciente una inyección- intravenosa de pentotal sódico o de amital sódico, hasta que se logre una relajación completa, sin llegar al sueño. En tal estado, la censura es ménos activa y el material suprimido o reprimido emerge. El control consciente se debilita y las inhibiciones se eliminan. El subconsciente del enfermo se revela con relativa rapidez y con el mínimo de trau-

matismo psíquico. Los sentimientos positivos o negativos pueden expresarse abiertamente y pueden descubrirse algunas tendencias.

La técnica es de considerable valor cuando el paciente se ha visto sometido recientemente a experiencias traumáticas intensas que removieron los impulsos y la angustia a un grado en que no pudieron manejarse sin recurrir a la represión y a la formación de síntomas. La mayor utilidad de la narcosíntesis se encuentra en los estados de angustia aguda, al principio de las neurósis traumáticas y en las histerias de conversión. No da resultados satisfactorios en los estados obsesivocompulsivos ni en las neurosis crónicas. La técnica no sólo destruye las inhibiciones, sino que también ayuda a que se establezca cierta relación amable, pone al paciente en un estado mental sugestionable y lo atrae, ya que para acercarse a sus problemas utiliza un medio físico, que es más fácil de aceptar. La narcosis reduce la resistencia o el esfuerzo inconsciente para evadir los recuerdos y el in sight; en consecuencia facilita la interpretación.

La ventilación es un tipo de tratamiento, en el cual se alivia la angustia del enfermo a un mayor o menor grado, al darle la oportunidad, en un marco tolerante y empático, de "desahogarse" francamente y discutir con el terapeuta los problemas personales y las "preocupaciones" que ordinariamente no discutiría con otras personas. El terapeuta, con una actitud de comprensión y estímulo, interrumpe al paciente lo menos que sea posible, aunque puede ser necesario hacer preguntas ocasionalmente para mantener el hilo de la historia dentro de los canales que tengan significado.

Entre los temas que pueden requerir ventilación se encuentran dudas, impulsos, angustias conscientes, problemas familiares y sentimientos de culpa.

La abreacción es una psicoterapia en la cual la angustia disminu-

ye cuando el paciente revive emocionalmente la situación de stress que produjo la neurosis. Se produce una descarga, terapéuticamente benéfica, de las emociones almacenadas que se asocian al recuerdo del incidente reprimido. La existencia de un alto grado de tensión emocionales la indicación básica para la abreacción. Este método a menudo tiende a producir una desensibilización; es decir, reduce la tensión emocional que se relaciona con un conflicto psicológico reprimido. Las reacciones emocionales que se descargan suelen ser aflicción, rabia o miedo. A veces la abreacción incluye expresiones de hostilidad hacia el terapeuta.

Este método, con su efecto benéfico que consiste en revivir y posiblemente resolver los aspectos emocionales de una experiencia que implicó stress, puede ser espontáneo, producirse por sugestión bajo hipnosis o facilitarse con barbitúricos.

La persuasión como una forma de psicoterapia se asocia especialmente al nombre de Paul Dubois de Berna, quien su terapéutica en el principio de que las explicaciones intelectuales moralizantes son efectivas. Se explica al paciente cómo sus actitudes intelectuales y emocionales defectuosas fueron reacciones ante ciertas dificultades, y cómo tales tendencias produjeron hábitos indeseables y condiciones mentales y emocionales nocivas. Según Dubois, un importante método terapéutico para acercarse a los problemas es hacer que el enfermo utilice la autocrítica y razone respecto a la naturaleza de los síntomas y respecto a las falsas ideas y los malos hábitos mentales que produjeron dichos síntomas.

En la persuasión se hace hincapié en el racionalismo, las medidas morales y los llamamientos a la "razón" y la voluntad, en lugar de subrayar la comprensión de la personalidad y de los factores dinámicos que intervienen en su formación. Por medio de la persuasión, el tera-

peuta intenta crear, convertir o reforzar ciertos impulsos y eliminar o disminuir otros; crear o reforzar algunas inhibiciones y liberar al paciente de las esclavizantes. El objetivo del terapeuta es implantar en la mente del enfermo, por medio de argumentos razonados, la convicción de que sus síntomas desaparecerán. La persuasión probablemente sobreestima la potencia de los procesos racionales, ya que supone que éstos pueden compensar en cualquier momento los productos de los factores emocionales.

En la sugestión, el terapeuta trata de ayudar al paciente cuando implanta o induce en él, de una manera sutil y a menudo indirecta, la idea o creencia de que los síntomas desagradables o invalidantes van desapareciendo. Para que la sugestión tenga éxito se requiere que el médico manifieste autoridad profesional, simpatía y una actitud que infunda confianza. El enfermo, debido al respeto y la confianza que experimenta hacia el terapeuta, tiende a aceptar la idea que se le propone. Su capacidad crítica disminuye y es posible influir en su estado de ánimo y limitar su atención. En tal estado de expectación, el paciente llega a creer que los resultados predichos se presentan en realidad.

Los mejores resultados en el tratamiento por sugestión se obtienen cuando no cuando no hay un tratorno de raíz profunda en la personalidad, como en los síntomas de la conversión histérica de origen reciente y superficial, o en los estados de angustia que ocurren después de los accidentes.

Desde luego, la sugestión no proporciona al enfermo un entendimiento respecto a la causa o la dinámica de sus síntomas, y en la histeria tiende a fijar en forma todavía más firme la habitual propensión a la receptividad, tan característica de este trastorno. La sugestión tiende a restringir el insight, y no a aumentarlo. Aun ---

cuando un síntoma desaparezca gracias a la sugestión, los problemas y las necesidades psicológicas que lo produjeron siguen existiendo, y-- es posible que en poco tiempo el individuo el individuo trate de re-- solver dichos problemas por medio de otro síntoma. Debido a esto, el- uso de la sugestión debe acompañarse de algún tipo de reeducación.

A pesar de las limitaciones de la sugestión, puede considerarse- que su uso está justificado en niños, en personas de inteligencia li- mitada, y en individuos con personalidad histérica e inmadura.

La hipnosis se ha definido como un estado disociativo que se --- produce por medio de la sugestión. Estudios recientes del estado hip- notico sugieren que es más útil considerarlo como un cambio en la --- conducta, que se explica con base en el concepto previo que el enfer- mo tenía de la hipnosis o en la situación interpersonal terapéutica-- en la cual se encuentra el paciente mismo; ambos factores alteran la- manera como el individuo percibe su propia persona y lo que le rodea. A consecuencia de lo anterior, el sujeto percibe al psiquiatra que -- emplea el método como a una autoridad.

Por medio de sugestiones verbales monótonas y repetitivas, el -- terapeuta elimina de la atención del paciente todos los otros estímu- los y la dirige hacia el procedimiento terapéutico. El campo de la -- percepción consciente se limita en el enfermo; cada vez se siente más somnoliento y entra en un sueño semejante a un trance. Por medio de-- las sugestiones del psiquiatra, se motiva al individuo para que ejecu- te instrucciones y acepte la creencia de que en el estado hipnótico-- es capaz de actividades que para él no son usuales en otras condicio- nes. En tal estado de sugestibilidad semiconsciente, es posible fran- quear las defensas psicológicas inhibidoras, por lo menos temporal -- mente. Es posible también hacer que el sujeto actúe de acuerdo con su- gestiones que se hacen durante la hipnosis, una vez que termina el ---

trance o incluso en un periodo posterior definido que se sugiere durante el sueño hipnótico. Estas sugestiones posthipnóticas tienen un gran potencial terapéutico.

Aunque hay muchos prejuicios contra el uso de la hipnosis, el método ocupa un lugar importante y valioso en el material terapéutico del psiquiatra. Es útil principalmente para modificar síntomas de conversión, producir recuperación en defectos amnésicos, examinar la conducta de la infancia cuando se sugiere al paciente que regrese en edad, y como un método anestésico en odontología, obstetricia y en ciertos padecimientos quirúrgicos.

Aunque a menudo puede hacerse que un síntoma desaparezca espectacularmente por medio de la hipnosis, los factores que lo produjeron simplemente se reprimen y sigue existiendo el problema fundamental de la personalidad. Otra razón de que la hipnosis no sea una medida que tiene éxito permanente, es que, cuando se utiliza sola, las sugestiones pierden su efecto al cabo de un lapso determinado. Este método también tiene la desventaja de que, cuando por la sugestión desaparecen los síntomas del enfermo, éste puede volverse dependiente del hipnotista en lugar de desarrollar una capacidad para resolver sus problemas de manera independiente. Por estas razones, la hipnosis debe completarse con alguna forma constructiva de psicoterapia que produzca insight. Para que una cura sea real, es necesario que el paciente conozca los factores primarios que produjeron sus síntomas.

La hipnosis puede ser útil cuando el individuo ha reprimido experiencias dolorosas y éstas han originado los síntomas. El recuerdo de la experiencia traumática puede revivirse por medio de este método, y es posible hacer que desaparezca el síntoma cuando se presenta una abreacción asociada; el paciente pasa una y otra vez por la situación

traumática, grita, solloza o muestra otras expresiones que indican ---- emociones reprimidas y acumuladas (60).

MEDIDAS ADJUNTAS DE LA PSICOTERAPIA

Con frecuencia la psicoterapia utiliza técnicas coadyuvantes, co-- mo las drogas, electrochoques, coma insulínico y la psicocirugía, ésta- última ya raras veces. También, hace uso de la manipulación del ambien- te personal, social, familiar o de trabajo en ocasiones. El común deno- minador de todas ellas es que su aplicación tiene que basarse en una -- indicación psicodinámica cuidadosamente determinada. Una vez que se es- tá completamente seguro de esto, pueden usarse como suplementarias de-- la psicoterapia, o como sustitutos de ella, en una infinita gama de --- formas.

Hay una serie de drogas antiguas y modernas, que el terapeuta pue- de emplear de una manera primaria o secundaria, según los casos.

De una manera muy especial, las drogas se pueden utilizar para fa- cilitar la comunicación con el paciente bloqueado, ya sea consciente--- mente -dándose cuenta de que le esdifícil decir lo que quisiera expre-- sar- o inconscientemente -no sabiendo de qué hablar-, o en algunas oca- siones recurriendo a material superficial sin llegar a proporcionar --- ningún dato del proceso primario. Bellak ha recomendado el empleo de -- barbitúricos de acción breve para aumentar la comunicación.

De cuando Bellak hizo su estudio a la fecha han aparecido muchas-- otras drogas además de los barbitúricos. Aunque el meprobamato y el --- clodiazepóxido y otras drogas pueden apaciguar la angustia y en ocasio- nes son preferibles a los barbitúricos de acción corta para facilitar-- la comunicación, los barbitúricos por lo general todavía tienen una --- ventaja; más o menos como el alcohol,/los barbitúricos tienden a soltar la lengua y a disminuir controles, esto para la psicoterapia es mucho--

ás provechoso que la mera disminución de la angustia. Sin embargo, -- os tranquilizantes, realmente, interfieren mucho menos con la función intética del yo.\

En otras ocasionesel terapeuta querrá intentar intensificar los-- rocesos del pensar de los pacientes en los cuales el proceso primario s demasiado evidente, interfiriendo con los procesos lógicos necesa-- ios para la asimilación del aprendizaje de la experiencia que se da-- n psicoterapia. En esta circunstancia, los pacientes suelen ser inca-- aces de concentrarse suficientemente, por estar muy distraidos ... En ales casos, la experiencia ha demostrado que el clordiazepóxido pue-- le conducir a una intensificación del proceso del pensar, presumible-- ente en virtud de la disminución de la angustia y del fortalecimien-- o de la función sintética del yo. En otros casos, puede ser necesario el empleo de fenotiazinas para controlar una tendencia hacia un proce-- so primario de pensamiento(61).

Como auxiliares en el tratamiento psicoterapéutico encontramos -- una gran variedad de drogas, como ya hemos apuntado; el terapeuta las-- utilizará a discreción.

Así tenemos entre las drogas mentales a los derivados de la feno-- tiazina como la clorpromazina, que ocupa un lugar relevante en el tra-- tamiento de la esquizofrenia. Los derivados de la rauwolfia, en los -- que sobresale la reserpina./Si se acompañan de psicoterapia, tanto la-- clorpromazina como la reserpina pueden ser útiles en el tratamiento de esquizofrénicos en etapas iniciales y también facilitan la psicotera-- pia en las reacciones de angustia; no obstante, suelen tener poco va-- lor en el tratamiento de las neurosis obsesivocompulsivas. La clorpro-- mazina en ocasiones parece ser útil en las reacciones fóbicas, y los-- trastornos psicosomáticos que se acompañan de tensión también suelen-- aligerarse con estas drogas tranquilizantes./

También existen drogas antidepresivas, como por ejemplo, la imi-- pramina, que es efectiva en las reacciones maniacodepresivas, espe --- cialmente en las que presentan depresión y retardo. Los resultados son limitados en las reacciones depresivas neuróticas y en los estados hipocondriacos. Se ha comunicado que la imipramina, también es útil en-- algunos pacientes en estados neuróticos y psicosomáticos recurrentes-- (62).

En la depresión endógena, lo que empíricamente parece ser muy --- provechoso son el Tofranil, el Nardil, el Elavil y algunos otros. Además de que suelen facilitar las condiciones propicias para la psicoterapia, le permiten al paciente seguir su rutina diaria, cosa provechosa para él. Básicamente, la psicoterapia funciona mejor cuando el paciente está en la corriente de la vida, siempre y cuando esto no sea-- una experiencia abrumadora. El mero hecho de quitar la depresión me---diante drogas, suele ser una experiencia tan grata y tan alentadora -- para un paciente que es esencial dar la motivación para la psicoterapia; el paciente, habiendo tenido la demostración de lo distinto que-- puede ser la vida, se sentirá dispuesto a luchar para que se produzca un cambio en su personalidad.(63)

Sin embargo, la utilidad de las drogas antidepresivas en algunos casos está lejos de quedar establecida, se ve que no es muy probable-- que sean iguales o superiores al tratamiento de electrochoques para -- las depresiones graves. Una de las grandes desventajas de todas las -- drogas de este tipo, es que el efecto provechoso sólo suele aparecer-- alrededor de dos semanas después del inicio de la medicación. Lo que-- da lugar a que en el caso de un claro peligro de suicidio, y para im-- pedir la hospitalización, hay muchos psiquiatras que prefieren los --- electrochoques a las drogas antidepresoras.(64)

/ Las drogas, en general, ha sido una gran aportación de la ciencia

para el tratamiento de las enfermedades mentales y es un auxiliar muy-
eficaz de la psicoterapia.

Los antidepresores y demás psicofármacos, también han venido a---
sustituir, por lo menos en parte, a coadyuvantes psicoterapéuticos ---
más complicados, como los choques insulínicos y electroconvulsivos o--
la lobotomía.

Los electrochoques se utilizan especialmente en las depresiones--
de la melancolía involutiva y de la psicosis maniacodepresiva, y sor--
prende el mejoramiento que aparece después del tratamiento.

El tratamiento con choques electroconvulsivos no modifica la rea-
parición de los episodios maniacodepresivos. Los sentimientos de culpa,
las tendencias al autocastigo o a la autoacusación, suelen mejorar rá-
pidamente con los electrochoques. En la psicosis involutiva de tipo --
paranoide, menos de la mitad de los casos mejoran con eltratamiento,--
aplicando el número máximo de electrochoques. Las depresiones seniles-
suelen desaparecer, a menos que los cambios cerebrales arterioscleróti-
cos o seniles hayan sido las principales causas determinantes.

Los resultados del tratamiento en la fase maniaca de la psicosis-
maniacodepresiva son menos favorables que en la fase depresiva; no ---
obstante, se obtiene un mayor por ciento de mejorías cuando se aplican
los electrochoques con mayor frecuencia.

La eficacia del tratamiento electroconvulsivo en la esquizofrenia
ha sido muy discutida. Todos concuerdan en que los electrochoques son-
benéficos en un gran por ciento de esquizofrénicos con rasgos afecti--
vos, y que también son útiles para apresurar la curación en las formas
agudas que apenas se inician. Los electroconvulsivos tienen poco valor
en la hebefrenia o cuando la aparición de la esquizofrenia ha sido de-
naturaleza prolongada e insidiosa. Los mejores resultados se obtienen-
en la excitación catatónica. Al igual que otros tratamientos a base de
choques, las electroconvulsiones no producen un mejoramiento material-

en el esquizofrénico crónico y desorganizado.

Los electrochoques tienen poco valor en el tratamiento de las psiconeurosis, excepto en las que manifiestan rasgos depresivos, y tal vez en los estados de angustia que se asocian a las reacciones ante un gran stress (65).

Como ejemplos del uso de la terapia electroconvulsiva como coadyuvante de la psicoterapia tenemos aquellas situaciones donde el peligro de suicidio es demasiado riesgo para la psicoterapia sola, o cuando el estado depresivo o catatónico es tan profundo que imposibilita la comunicación (66).

El uso de los choques insulínicos se limita a los casos de esquizofrenia (67).

Muchos esquizofrénicos pueden trabajar y realizar actividades normales, y al mismo tiempo recibir tratamiento con psicoterapia que puede ser auxiliada por los choques insulínicos (68). Sin embargo, hay que aclarar que el coma insulínico para el tratamiento de la esquizofrenia, por ser poco práctico, está siendo reemplazado en la mayor parte de los hospitales por el tratamiento que le sigue en eficacia, el electrochoque (69).

Los más recientes avances en el tratamiento de la esquizofrenia incluyen la psicoterapia, condicionada para utilizarse en un ambiente hospitalario y la terapéutica a base de drogas (70).

La intervención psicoterapéutica en la esquizofrenia es un caso especial de la psicoterapia en general. Que se asienta en los principios surgidos de la investigación psicoanalítica (71).

La psicoterapia para el esquizofrénico consiste en proporcionarle apoyo mediante una relación o experiencia interpersonal con otro individuo que sea tolerante y no lo critique, no haga juicios y acepte cualquier cosa que el paciente haga, piense o diga. La mayor parte de-

los esquizofrénicos están tan desacostumbrados a tal tratamiento que-- necesitan algún tiempo para comprender y aceptar lo que les están ofreciendo; una vez que han aceptado la relación, se establece una situación terapéutica que luego puede ser usada para proporcionar beneficios adicionales al paciente. La terapia, por ejemplo, puede fortalecer el sentido de la realidad del paciente o bien ayudar al psiquiatra a-- comprender sus impulsos y conflictos con miras a ayudarlo a entenderse a sí mismo. O se puede continuar la terapia en su forma original como una experiencia de apoyo emocional. Todos estos tratamientos tienden-- al fortalecimiento del ego, al aumento de la fortaleza del ego, hasta el grado en que puedan ser empleados mecanismos de defensa más maduros, más sanos y socialmente más aceptables, que los de negación, regresión y proyección.(72)

En los últimos años ha aumentado el optimismo con respecto a los resultados de la intervención psicoterapéutica en los pacientes esquizofrénicos, aun en algunos que antes se consideraban inaccesibles a -- cualquier forma de tratamiento. Pero hasta los más optimistas estarán de acuerdo en que, por bueno que sea, el tratamiento no podrá curar -- del todo la enfermedad. La finalidad es conseguir una mayor adaptación social, con alivio de los síntomas invalidantes (recuperación social). (73)

En relación a la psicocirugía hay que decir lo siguiente: un neurólogo portugués, ideó y desarrolló el concepto de la lobotomía (un -- procedimiento quirúrgico que consiste en interrumpir la conexión entre el tálamo y el lóbulo frontal); Almeida Lima, un neurocirujano, fue el primero en llevarla a cabo, en 1935.

Todos aceptan que el núcleo dorsomedial del tálamo es el sustrato físico de la emoción. Se conocen fibras que van de este núcleo a los-- polos frontales, y se cree que los estímulos que pasan a lo largo de-- estas radiaciones se relacionan con la experiencia consciente de la --

emoción. Se ha postulado que un corte en estas fibras altera en tal forma las respuestas afectivas, que las tensiones ya no se acumulan y por-- lo tanto ya no es necesaria la conducta regresiva o reparativa. Las --- abundantes experiencias actuales han mostrado que la interrupción de estas fibras contribuye mucho al control de los estados emocionales pato-- lógicos. El objetivo del neurocirujano es interrumpir la radiación talamofrontal en forma tal, que el componente emocional de la neurosis o de la psicosis se pueda reducir al punto en que las ideas ya no dominen la conducta del paciente, y sin embargo las incisiones dejen intactas cantidades suficientes de los lóbulos frontales, para permitir que el en-- fermo retenga la capacidad para el trabajo productivo y pueda adaptarse satisfactoriamente al ambiente social. Después de la sección de las fibras talamocorticales, hay una degeneración retrógrada del núcleo dor-- somedial.

De la leucotomía prefrontal original, ideada por Moniz, se han derivado varios tipos de operación, con resultados semejantes.(74)

La lobotomía prefrontal es un procedimiento radical que sólo debe-emprenderse cuando ya han fracasado otras formas de tratamiento, incluso las drogas tranquilizantes y alguna forma de tratamiento con cho --- ques. Desde que aparecieron las drogas tranquilizantes, el uso de la -- psicocirugía ha disminuido mucho.

En la esquizofrenia la lobotomía prefrontal no modifica el proceso fundamental de la enfermedad, pero en casos bien seleccionados puede -- producir una gran mejoría en la adaptación del individuo.

Rara vez hay que llevar a cabo la lobotomía en los casos de psicosis maniacodepresiva aguda, ya que la mayoría de ellos ceden ya sea con electrochoques o con drogas tranquilizantes. La operación puede aconsejarse en los estados depresivos prolongados, con tensión, que no han -- cedido con electrochoques. En casi todos los casos de estado maniaco --

crônico, la psicocirugía no ha dado buenos resultados.

En las psiconeurosis graves de tipo obsesivocompulsivo, obsesivo-rrumiante e hipocondriaco, que no han mejorado con la psicoterapia,--- la lobotomía puede aliviar la tensión y los estados de angustia inva-- lidantes. Probablemente los mejores resultados de la lobotomía se ob-- tienen en las depresiones agitadas y en las reacciones obsesivocompul-sivas graves que se acompañan de una tensión a tal grado intensa, que-llega a incapacitar al individuo (75).

La psicoterapia, con excepción de algunas orientaciones como, por ejemplo, la psicoanalítica, considera válida la manipulación del am -- biente personal, social, familiar o de trabajo del paciente; siempre-- que el caso lo requiera y, naturalmente, con mucha prudencia por parte del terapeuta (76).

VIII. EL PROBLEMA DE LOS ENFERMOS MENTALES

Es considerable lo que ha mejorado la situación de los enfermos-- mentales en México, sin embargo es mucho lo que falta aún por hacer;-- ha tenido un adelanto notable su cuidado y tratamiento en el Distrito-Federal, pero en los hospitales psiquiátricos Estatales todavía exis-- ten serias deficiencias: empezando por el hecho de que en algunas en-- tidades ni siquiera cuentan con esta clase de servicio asistencial, en otras sí, pero no todo lo eficaz que es deseable. En los Estados de la República que no tienen servicios psiquiátricos, los enfermos son amontonados en algún rincón de cualquier hospital civil, y en ocasiones --- hasta encerrados en las cárceles. En muchos lugares se tolera en la comunidad a los enfermos mentales pacíficos, por lo que no es raro ver-- los vagar sin rumbo por las calles de pueblos y ciudades.

Con el fin de acabar con el espectáculo de abandono y de miseria, triste y vergonzoso, que ofrecian los enfermos mentales crónicos de -- las Instituciones Públicas, la Dirección de Neurología y Psiquiatría-- de los Servicios de Salubridad y Asistencia ha estado realizando es -- fuerzos muy importantes, creando magníficas "Granjas de recuperación-- para enfermos mentales crónicos", en diferentes Estados de la República, que son centros modernos abiertos, en donde los enfermos son tra-- tados siquiera humanitariamente. Un ejemplo notable es Jalisco, en --- donde se cuenta con Granjas de este tipo.

El Gobierno del Estado de Jalisco sostiene dos Escuelas de Espe-- cialización para niños anormales, una para los niños y otra para ni -- ñas.

Los Sanatorios y Hospitales psiquiátricos privados, están concen-- trados en algunas de las grandes ciudades, o en sus cercanías. Así te-nemos, que en Guadalajara y municipios vecinos de Zapopan y Tlaquepa--

que existen en total 10 Instituciones: 4 Sanatorios para mujeres, 3 -- para hombres, 2 para alcohólicos y 1 para niños. La mayoría de éllos-- funcionan como sistemas cerrados, llenos de misterios, y no aplican -- con la perfección que debieran las normas médicas y humanitarias.

Los Sanatorios y Hospitales psiquiátricos privados y también los- oficiales, en general, están superpoblados (77).

IX. PSIQUIATRIA Y DELINCUENCIA

Lo primero que salta a la vista en la relación de la psiquiatría y la delincuencia, es que la legislación mexicana tiene muchas deficiencias, son éstas de tal magnitud, que simplemente se impone la tarea de crear la Legislación Psiquiátrica Mexicana, para ello, ya se han elaborado las orientaciones generales. Tanto la corriente jurídica como la médica, sin pugnas y en forma convergente han dado sus orientaciones que son muy claras, sencillas y sintéticas. Son tres:

1.- Reconocimiento pleno de las garantías individuales: Derecho

2.- El tratamiento de las enfermedades mentales: Medicina

3.- La Defensa de la Sociedad: Criminología

Estas ciencias apuntan muy definidamente hacia la Prevención.

La Legislación Psiquiátrica debe de ser una parte de la Legislación sobre Salud Mental.

En las relaciones entre Psiquiatría y delincuencia, más importante que el caso singular del enfermo mental importa lo plural, la Salud Mental Social.

Hay que reconocer que los Códigos Civil, Penal, Sanitario y Laboral contienen disposiciones relativas al enfermo mental, pero no son ni suficientes ni completamente claras.

Debemos pensar que ha llegado el momento de que México tenga su Legislación Psiquiátrica, para mejorar las relaciones entre la Psiquiatría y la prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental. Las relaciones entre Psiquiatría y delincuencia como parte de la Legislación sobre Salud Mental, debe de comprender tres aspectos fundamentales:

1.- Asistencia Preventiva

2.- Asistencia Curativa

3.- Asistencia Rehabilitadora

En cada uno de estos tres aspectos mencionemos hechos que son -- esenciales para México:

1.- En Asistencia Preventiva lo es la necesidad del Código Federal de Protección a la Infancia en la que se contemplen los aspectos-- de Asistencia Prenatal, las relaciones familiares, Las Escuela-Menores, las relaciones con el trabajo y la Sociedad, así como los problemas de los adolescentes y de los jóvenes.

Tan importante como lo anterior es legislar sobre los estados peligrosos sin delito: Ley de vagos, maleantes, toxicómanos y personalidades psicopáticas.

2.- En la Asistencia Curativa principiemos por mencionar la ur -- gente necesidad de una legislación actual, eficaz y rápida sobre los-- procedimientos de internamiento de los enfermos mentales, evidentemente sin deterioramiento de las Garantías Individuales. El concepto de de-- finición de enfermo mental, para los fines jurídicos, debe salir de la pluma de los Juristas, utilizando las informaciones de la Psiquiatría-Contemporánea.

3.- En Asistencia Rehabilitadora mencionemos dos ejemplos de im-- portancia: en el Lecumberri existe un anexo Psiquiátrico, pero no es-- esta la solución adecuada. La solución está en los Manicomios Judiciales y en los Asilos Prisiones para delincuentes alienados, además de-- la necesidad de Granjas para delincuentes incurables no peligrosos. -- Estos establecimientos se necesitan distribuidos en las diversas zonas del país, para internar y tratar a los delincuentes enfermos mentales-- y toxicómanos. Se reconoce el valioso esfuerzo realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se conoce el Pabellón que para de-- lincuentes enfermos mentales funciona en el Hospital Samuel Ramírez -- Moreno: habría que multiplicarlo a todo lo largo y ancho del país.

La labor es difícil pero necesaria y a la vez urgente.(78)

X. GENETICA EN LOS PADECIMIENTOS MENTALES Y PERSPECTIVAS CRIMINOLOGICAS

Al hablar sobre genética y situación postinstitucional de la delincuencia y la influencia de ambos factores sobre los problemas de legislación de enfermos mentales, es conveniente ante todo, especificar algunos elementos de criterio. En el sentir popular es frecuente encontrar confusiones ideológicas sobre la importancia que los trastornos mentales tienen en la producción de actos antisociales, infracciones y delitos. Por una parte es evidente que muchos delincuentes llegan a serlo bajo la influencia de enfermedades mentales; por otra parte muchas personas consideradas como enfermos por los psiquiatras, no lo son para el concenso público que no puede apreciar la importancia y gravedad de la neurosis, psicosis, psicopatía, etc. Existe además el aprovechamiento interesado de parte de los defensores de los reos, que se valen con razón o con argucias, de los estudios psiquiátricos, sin la hondura suficiente para hacer aparecer a sus defensos en situaciones anormales de la mente para obtener reducción de penas, o libertad.

Por último ha habido tratadistas que intentan hacer aparecer a todo delincuente como enfermo mental.

Ante esta situación conviene recordar con Maxwell que en los penales existen:

I.- Alienados criminales.

II.- Criminales natos y recidivistas, anormales, perversos, vagabundos, mendigos habituales, prostitutas por trastornos del instinto, etc.

III.- Criminales de hábito adquirido: pervertidos por el medio, débiles inmaduros y excitados.

IV.- Delincuentes con psiquismo normal.

Como el concepto delincuencia es de orden jurídico-social en su-

ontenido, es claro que el psiquiatra tiene que enfrentarse con todos-
os tipos enumerados, pero al hacerlo necesita no solamente el crite--
io psiquiátrico estricto de esta ciencia como tal, sino que debe pro-
ectarse hacia la psiquiatría social, y como lo hace el criminólogo --
acia las implicaciones de la sociología sobre la criminología. Como--
uncionario, el psiquiatra no hace más que poner en manos del juez su-
ictamen o peritaje sobre un caso, y su estudio será más o menos uti--
izado por éste, según el grado de proyección socializada del psiquia-
ra, y debe establecer con claridad, quién es enfermo mental, quién es
n psicópata de qué tipo, y quién es una persona sana.

Otro motivo de confusión también fácil de aclarar es el siguiente:
n el Congreso Criminológico de Roma en 1952 se determinó que: "en di--
amismo de las acciones criminosas en particular, se debe reconocer --
ue una persona no llega al delito si no existe en élla algo de imper-
ecto desde el punto de vista psicológico como desde el biológico".
sto quiere decir que lo bio-psico-social interviene necesariamente en
ualquier acto humano normal, anormal, socializante o delictivo. Pero,
sto no implica que todo delincuente es enfermo mental. Es más, casi--
o puede hablarse de enfermo mental delincuente, pues la existencia de
n padecimiento bien caracterizado hace que el sujeto sea imputable y-
n vez de penas amerite medidas de seguridad o la aplicación de los --
rtículos 68 y 69 del Código Penal en vigor.

Lo que acontece y de donde parte la desorientación, es de dos fe-
ómenos ostensibles. El primero es que no hay límite preciso en el ac-
o del fuerte psicópata y los del psicótico, distinción fácil de hacer
n los casos extremos pero no en los fronterizos. El segundo es que --
os penalistas están divididos según diversas escuelas: antropológica,
sicogenética, psicoanalítica, sociológica o rigurosamente jurídica.

En cuanto a la posición de los psiquiatras, Psicoanalistas y psi-

cólogos en México, una porción de éllos tienen el siguiente criterio: el delito es producido por perturbaciones bio-psico-sociales de la personalidad integral del sujeto, en relación con situaciones tambíen de perturbación más o menos acentuada y sentida de diverso modo por los sujetos, del medio bio-psico-social que corresponda a cada uno. Esto explica porqué en la génesis de los actos delictivos influyen mecanismos subjetivos individuales, mecanismos colectivos de interpsicología, y otros, estricta y solamente sociológicos, independientemente de aquéllos aunque generados por éllos. Según éllos esto quiere decir, que no es posible seguir sosteniendo en las causas del delito, los meros conceptos de normalidad, anomalía y enfermedad mental aisladamente. El delito, la infracción, el simple error de conducta, tienen un valor individual y una génesis subjetiva órgano-psíquica, en el inconsciente y consciente de cada uno de los seres humanos, pero trasladados al terreno de lo social, esto adquiere un sentido que no es exactamente el mismo de antes. Es ahora un valor en el que interviene lo social, con su comprensión y sus reglas distintas. La causa o causas y la actitud agresiva de cada sujeto, son para lo social, ya no la agresividad peligrosa de un sujeto ensí normal, subnormal o patológico, pues al crear la norma, la ley, la linea social de conducta promedio aceptable, dada una comunidad, dada meta determinada de la misma, dado un tipo especial de evolución humana, establece lo exigible para ese promedio de ciudadanos, en ese tiempo, en esa época, en esas condiciones y con las variantes, independientemente, en buena medida de la génesis de lo meramente individual.

Un trabajo original del Dr. Gerardo Varela expresa lo siguiente: "de acuerdo con los conceptos modernos de la genética puede decirse que todas las enfermedades mentales se consideran una representación expectral según la importancia que en su etiología tienen los factores genéticos y los no-genéticos. En un extremo de este expectro se encuentran--

las enfermedades en las que predomina un fondo genético, pero que pueden ser influidas por sus factores ambientales, como los síndromes de-Down, Turner, Klinefelter; casi en el otro extremo están enfermedades-como la hipertensión, la arterioesclerósis, la úlcera de estómago y otras en las cuales predominan los factores ambientales, aunque en menor proporción están presentes los factores de herencia".

Entre los padecimientos neuropsiquiátricos de mayor relieve con-base genética, estarían la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva, la psiconeurosis y la oligofrenia, al menos en gran proporción de-los casos.

Conviene resaltar el hecho de que una gran cantidad de oligofrénicos no llegan nunca al delito cuando su padecimiento es profundo, -- pero en cambio muchos de aquéllos en los que es superficial en sus diversos grados y desde luego de los subnormales cometen infracciones o-delitos dada su escasa capacidad intelectual y moral y con frecuencia se les encuentra en los penales o casas de orientación y correccionales.

En la relación enfermedad mental y delito en México podría recomendarse:

I.- Estudio del cariotipo(cromatina sexual y cromosomas) en las-prisiones, lugares de reclusión para menores, establecimientos públicos y privados para niños de lento aprendizaje, oligofrénicos en diversas etapas, etc.

II.- Repetir con características peculiares de adaptación para -- nuestro país los estudios hechos en Inglaterra relativos a los tipos-dotados de peligrosidad, de alta estatura, agresivos, etc. y conformidad de cromosomas sexuales "XYY" o "XYYY" estudio que ya se propuso a-un director de la Penitenciaría.

III.- Conviene solicitar la ayuda de la Secretaría de Salubridad-y Asistencia y del Seguro Social, para estudiar los problemas técnicos

y el modus operandi para llevarlos a cabo.

IV.- Quizá convenga más adelante solicitar que dichos estudios se lleven a cabo formando parte de las especificaciones de los certificados prenupciales, pues por este procedimiento podría evitarse la fuerte proporción de niños anormales producto de matrimonios que se verifican indiscriminadamente. (79)

XI. EL ENFERMO MENTAL ANTE LA LEGISLACION PENAL MEXICANA

En el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales encon-
ramos los artículos 24, fracción 3a., 68 y 69, como normas jurídicas--
plicables en los casos de enfermos mentales que cometen actos o incu--
rren en omisiones estimados como delitos. El artículo 24, forma parte--
del capítulo primero del título segundo y se refiere a las "penas y me-
didas de seguridad", citando la "reclusión de locos, sordomudos, dege--
nerados o toxicómanos".

El artículo 68 está redactado en los siguientes términos: "Los lo--
cos, idiotas, imbéciles, o los que sufran cualquier otra debilidad, en-
fermedad o anomalía mental, y que hayan ejecutado hechos o incurrido en
omisiones definidos como delitos, serán recluidos en manicomios o en --
departamentos especiales, por todo el tiempo necesario para su curación
y sometidos, con autorización de facultativo, a un régimen de trabajo.
En igual forma procederá el juez con los procesados o condenados que --
enloquezcan, en los términos que determine el Código de Procedimientos-
Penales."

Este último párrafo implica un caso singular de procedimiento pe--
nal, ya que concede al juez capacidad legal para dictar determinación--
aun en los casos en que ya con anterioridad se ha dictado una sentencia.
Es decir, que si un individuo enloquece en el tiempo en que se efectúa-
su proceso penal, antes de que se le dicte sentencia, o sea en su con--
dición de procesado, o bien en etapa posterior, cuando ya se le haya --
sentenciado(condenado), debe suspenderse el procedimiento penal de ---
acuerdo con lo indicado en artículo 477, fracc. III, del Código de Pro-
cedimientos Penales para el Distrito Federal y Territorios Federales.

Lo anterior significa que, tratándose de enfermos mentales, no tie-
ne facultad el juez para aplicar penas, sino solamente medidas de segu-

ridad, porque en estos casos se estima que se trata de individuos irresponsables desde el punto de vista penal, pero sí responsables en el aspecto social.

El artículo 68 que se viene comentando tiene por lo tanto dos maneras de ser aplicado. En efecto, si el infractor ha sido identificado previamente como enfermo mental, (loco, idiota, imbécil o que sufra de cualquier otra debilidad, enfermedad o anomalía mentales), el juez penal que conozca el caso está obligado a ordenar su reclusión en "manicomio o departamento especial por todo el tiempo necesario para su curación y sometido con autorización del facultativo a un régimen de trabajo".

Este caso implica que no es posible aplicar una pena, sino solamente una medida de seguridad que coloque al enfermo en un ambiente hospitalario donde pueda ser objeto de tratamientos especializados y terapia ocupacional "por todo el tiempo necesario para su curación". Por lo tanto, si se trata de estados psicóticos de curso crónico, considerados casi en la totalidad de los casos como incurables, la reclusión es definitiva para toda la vida del sujeto. Sin embargo, teóricamente considerado el individuo debe ser puesto en libertad inmediatamente que recupere la salud.

En cambio, si la reclusión psiquiátrica indicada por este artículo se ordena en el caso de sujetos que enloquecen durante su proceso penal (o posteriormente cuando ya sido objeto de una sentencia), el procedimiento penal queda suspendido de acuerdo con la fracc. III del artículo 477 del citado Código de Procedimientos Penales. Posteriormente, si el individuo es declarado sano, es decir, que si los peritos psiquiatras designados por el juez dictaminan que ya está curado el proceso debe ser abierto nuevamente y proseguirse hasta llegar a sentencia o, si se tratare de un condenado, deberá proseguir la reclusión hasta la extinción

de la pena. Claro que si ha transcurrido un tiempo mayor, deberá ser--- puesto en libertad de inmediato.

El artículo 69 del Código Penal dice textualmente:

"En los casos previstos en este capítulo (enfermos mentales y sordomudos), las personas o enfermos a quiénes se aplica reclusión, podrán ser entregados a quienes corresponda hacerse cargo de éllos, siempre -- que se otorgue fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de --- diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar, por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aun con la garantía queda asegurado-- el interés de la sociedad, seguirán en el establecimiento especial en-- que estuvieren recluidos". Por lo tanto es este artículo el que fija -- las normas mediante las cuales puede llegar a ser externado bajo la --- responsabilidad de las personas " a quienes corresponda hacerse cargo-- de él". Sin embargo, el párrafo final del artículo transcrito condiciona su aplicación al criterio personal del juez quien está obligado a -- valorar el grado de peligrosidad del reo. El Juez necesita asesoramiende peritos y por lo tanto son éstos quienes están obligados a estudiarlos aspectos psiquiátricos, sociales y criminológicos del caso.

De una manera general, puede decirse que la palabra "peligrosidad" se refiere en el terreno del Derecho Penal, a las cualidades de la persona que dan base a la presunción de que tarde o temprano llegará a --- violar las normas jurídicas. Tratándose de enfermos mentales es notoria la posibilidad que poseen de violar las normas jurídicas y por lo tanto su peligrosidad es ostensible.

En la práctica se presenta el grave problema de lo que se ha llamado "peligrosidad sin delito", fenómeno que corresponde precisamente a los enfermos mentales que implican una evidente amenaza social, a pesar

de lo cual no se les interna en manicomio, debido a que carecen de familiares o personas responsables de su conducta, o bien a que éstas se oponen a tal medida por incomprensión del problema por prejuicios o por ignorancia, ya que no han delinquido.

Es bien conocido por psiquiatras, psicólogos, criminólogos y penalistas, el hecho de que en plan estrictamente legal no es posible segregar de la comunidad a los enfermos mentales, así como a ciertos casos de alcohólicos, que implican un ostensible real estado peligroso, ya sea por sus reacciones agresivas violentas, por sus interpretaciones delirantes o por otras expresiones de conducta antisocial, mientras no han entrado en conflicto con autoridades policiacas o no lo han solicitado sus familiares.

A pesar de todo lo bueno que ha dicho de nuestras leyes penales en relación con los enfermos mentales, en la práctica existe una situación de desconcierto porque carecemos de normas jurídicas precisas que permitan la aplicación de procedimientos preventivos de actos antisociales por parte de los dementes.

Son numerosos los casos en que enfermos mentales se han internado cuando han cometido un acto criminal, y no antes.

En realidad, los únicos casos en que se puede hablar de posibilidad legal de internar a un enfermo mental de manera forzada (sin haber cometido ningún acto antisocial), es cuando previamente ha sido objeto de un juicio de interdicción y se le ha nombrado tutor, o sea que ha sido jurídicamente declarado en estado de incapacidad para ejercer sus derechos civiles.

Además de lo anterior, nuestras leyes, tanto penales como civiles, al referirse a las medidas de seguridad y a los procedimientos aplicables a los enfermos mentales, usan una terminología psiquiátrica inade-

ada y anacrónica(locos, imbéciles, idiotas), o bien palabras como in-
nsecuencias de los actos, que dan lugar a discusiones frecuentes, re-
cionadas con la connotación que debe atribuirseles.

Se requiere, pues, una legislación que permita al Estado, sin vio-
r las normas constitucionales, proteger a la sociedad ante la amenaza
e significa la peligrosidad criminal de muchos enfermos mentales(la--
ligrosidad sin delito) haciendo obligatorio el internamiento de los--
smos. De esta manera seguramente se podría evitar la comisión de crí-
nes u otros actos expresivos de conducta antisocial.(80)

XII. CONCLUSIONES SOBRE LA LEGISLACION DE ALIENADOS EN MEXICO

El Dr. Guillermo Corona Uhink de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Simposio organizado por la Academia Mexicana de Ciencias Penales en septiembre de 1968, expuso las siguientes conclusiones, sobre la Legislación de Enfermos Mentales en nuestro país:

1a.- Las forjas de las normas jurídicas en torno a la acción civil-penal sobre la persona del anormal y enfermo mental corresponde al Poder Legislativo si procede. Pero si el Legislativo señala que el enfermo mental -por ser su enfermedad un accidente-, no puede estar al margen de las garantías Constitucionales (arts. 14 y 26), tenemos que concluir que o se modifica la redacción del artículo 16, o se impone la necesidad de admitir que el camino a seguir no es otro que el asistencial y proceder tan sólo la reglamentación de este tipo de problemas dentro de las disposiciones del Código Sanitario que debería ponerse al día o bien dentro de un Reglamento genérico de Prevención y Asistencia.

2a.- Es obvio que la Constitución es para todos, sanos y enfermos, afligidos y anormales; no cabe una modificación estructural porque la enfermedad y el padecimiento mentales son alteraciones no esenciales de la persona. Sugiero que se proceda a solicitar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y concretamente a la Dirección de Salud Mental la integración de un organismo reglamentario y codificador en orden a medidas preventivas, asegurativas y asistenciales propias para enfermos mentales y afines.

3a.- La manera como esto se ha de llevar a cabo compete a dicha Dirección y a nosotros Académicos y miembros de la Asociación Psiquiátrica del país, allegar la colaboración necesaria en cuanto nos la requieran o al parecer como organismos consultivos.

4a.- La labor educativa y de difusión por todos los medios es también del resorte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección de Salud Mental, y atañe también al Departamento de --- Prevención Social de la Secretaría de Gobernación.

5a.- Es cardinal y esto va subrayado y expuesto por el Dr. Luis -- Garrido(en su intervención en el mismo simposio), la labor docente desde la etapa prenupcial, transmatrimonial inicial y familiar ulterior; se seguirá a todo lo largo de la enseñanza elemental, secundaria, preparatoria y universitaria.

6a.- Que se multipliquen las cátedras específicas relacionadas con el Derecho y que lo auxilien: Criminología, Criminalística, Sexología y Psiquiatría Forense, y se dé cauce de una vez a la formación de espe -- cialistas en carreras cortas de agente investigador de la Policía Judicial, de Policía Sanitario-Asistencial, y Psicólogo Clínico que aplique sus labores a la asesoría Higiénica en materia mental.

7a.- Que se fraguen los Institutos siguientes: De Investigación -- Familiar, de Medicina Legal y Criminológica y Hospital Judicial.

8a.- Que los peritos y dictaminadores de las entidades y los Procuradores de Justicia lo sean por concurso de Méritos y oposición antejurado calificado.

9a.- Que el ISSSTE y el IMSS hagan otro tanto en orden a mejorar-- la preparación de enfermeros-ras y psiquiatras.

10a.- Que se auspicien los cursos de especialización en Psiquiatría tanto en la UNAM como en la SSA.

11a.- Que se multipliquen los asesores escolares: psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales.

12a.- Que se preserve mejor el matrimonio.(81)

XIII. ANALISIS CLINICOS DE DIAGNOSTICOS

ANALISIS CLINICO GLOBAL DE DIAGNOSTICOS DE TODOS LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCION DE SALUD MENTAL
Sep. 1967 - Agosto 1968

ECCION V.- ENFERMEDADES MENTALES, PSICONEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (no comprende el delirio transitorio y los trastornos mentales menores que acompañan a las enfermedades definidamente --- orgánicas, tales como el delirio transitorio de los estados febriles, la intoxicación urémica transitoria, las reacciones mentales transitorias en relación con una infección general o con-- una infección del cerebro, con un traumatismo, con una enfermedad degenerativa o con una enfermedad vascular).

RUBRO	NOMENCLATURA	HOSP.	%	CONS. EXT.	%	TOTAL	%
	PSICOSIS (300 - 309) (excluye 020.1 neurosífilis juvenil, 025 PGP, 083.2 psicosis postencefálica, 688.1 psicosis puerperal) TOTAL	946	27.0	785	22.4	1731	49.4
300	TRASTORNOS ESQUIZOFREN. (DEMENCIA PRECOZ)	565	16.2	352	10.0	917	26.2
0	Tipo simple	61		105		166	
1	Tipo hebefrénico	84		34		118	
2	Tipo catatónico	28		7		35	
3	Tipo paranoide	161		129		290	
4	Reacción esquizofrénica aguda	18		20		38	
5	Esquizofrenia latente	23		9		32	
6	Psicosis esquizoafectiva	18		7		25	
7	Otras y las no especificadas	172		41		213	
301	REACCION MANIACODEPRESIVA (excluye: 314 reacción neurodepres.)	86	2.5	164	4.6	250	7.1
0	Maníaca y circular	8		24		32	
1	Depresiva	32		134		166	
2	Otras	46		6		52	
302	MELANCOLIA INVOLUTIVA	15	0.5	62	1.7	77	2.2
303	PARANOIA Y ESTADOS PARANOIDES	22	0.6	21	0.6	43	1.2
304	PSICOSIS SENIL	60	1.8	38	1.0	98	2.8
305	PSICOSIS PRESENIL	24	0.6	9	0.4	33	1.0
306	PSICOSIS CON ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL	5	0.2	28	0.8	33	1.0
307	PSICOSIS ALCOHOLICA (excluye: 322 alcoholismo sin psicosis)	72	2.1	18	0.4	90	2.5

RUBRO	NOMENCLATURA	HOSP.	%	CONS. EXT.	%	TOTAL	%
308	PSICOSIS DE OTRAS ETIOL. CONOC. (excluye: 353 epilepsia sin psicosis)	74	2.1	57	1.6	131	3.7
0	Como consecuencia de un tumor en el cerebro	22		-		22	
1	Como consecuencia de la epilepsia y de otros trast. convuls.	29		16		45	
2	Otras	23		41		64	
309	OTRAS PSICOSIS Y LAS NO ESPECIF.	23	0.7	36	1.0	59	1.7
	DESORDENES PSICONEUROTICOS(310-318) (excluye: 326.4 inadaptación simple en los adultos, 790 nerviosidad y debilidad) TOTAL	115	3.3	967	27.6	1082	30.9
10	REACCION DE ANSIEDAD SIN MENCION DE SINTOMAS SOMATICOS	20	0.6	426	12.1	446	12.7
11	REACCION HISTERICA SIN MENCION DE REACCION DE ANSIEDAD	41	1.3	171	4.8	212	6.1
12	FOBIAS	31	0.9	226	6.4	257	7.3
13	REACCION OBSESIVO COMPULSIVA	13	0.5	38	1.0	51	1.5
14	REACCION NEURODEPRESIVA	-	-	25	0.7	25	0.7
15	PSICONEUROSIS SIN SINTOMAS SOMAT. (REACCION DE SOMATIZACION) QUE AFECTA AL APARATO CIRCULATORIO (excluye: 433 enfermedades funcionales del corazón, a menos que se especifiquen como psicogénicas)	3	0.1	34	1.0	37	1.1
1	Otras manifestaciones cardíacas especificadas como de origen psicogénico	-		13		13	
2	Otras manifestaciones circulatorias de origen psicogénico	3		21		24	
16	PSICONEUROSIS CON SINTOMAS SOMATICOS (REACCION DE SOMATIZACION) QUE AFECTAN AL APARATO DIGESTIVO (excluye: 539.0 Trastornos funcionales del esófago, 544 Trastornos funcionales del estómago, 541 úlcera del duodeno, 540 úlcera del estómago, excepto cuando son especificados como psicogénicos)	1	0.0	11	0.3	12	0.3
2	Neurosis gástrica	-		1		1	
3	Otras manif. digest. especif. como de origen psicogénico	1		10		11	

RUBRO	NOMENCLATURA	HOSP.	%	CONS. EXT.	%	TOTAL	%
317	PSICONEUROSIS CON SINTOMAS SOMATICOS (REACCION DE SOMATIZACION) QUE AFECTAN A OTROS APARATOS O SISTEMAS	5	0.2	1	0.0	6	0.2
3	Otras neurosis cutáneas	1		-		1	
5	Reacciones psicogénicas que afectan a otros sistemas	4		1		5	
318	TRASTORNOS PSICONEUROTICOS DE OTROS TIPOS O DE TIPOS MIXTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	0.1	35	0.9	36	1.0
0	Reacción hipocondriaca	-		24		24	
5	Reacciones psicogénicas que afectan a otros sistemas	1		11		12	
	TRASTORNOS DEL CARACTER DE LA CONDUCTA Y DE LA INTELIGENCIA (320 - 326) (320, 321, 325 y 326 excluyen las afecciones residuales de la encefalitis infecciosa aguda(038) TOTAL	137	3.9	554	15.8	691	19.7
320	PERSONALIDAD PATOLOGICA	16	0.4	13	0.4	29	0.8
1	Personalidad paranoide (excluye:303 paranoia)	1		1		2	
4	Personalidad antisocial	2		-		2	
5	Personalidad asocial	5		-		5	
6	Desviación sexual	1		3		4	
7	Otras y las no especificadas	7		9		16	
321	PERSONALIDAD CON DESARROLLO Incompleto ("INMATURE PERSONALITY")	2	0.0	2	0.0	4	0.1
0	Inestabilidad emocional	1		2		3	
5	Otros tipos y los no especificados	1		-		1	
322	ALCOHOLISMO (excluye: 581.1 cirrosis hepática con alcoholismo, N961 envenenamiento agudo por alcohol, 307 psicosis alcohólica	26	0.7	73	2.1	99	2.8
0	Agudo	2		3		5	
1	Crónico	11		16		27	
2	Sin especificar	13		54		67	
323	OTRAS TOXICOMANIAS	23	0.7	21	0.6	44	1.3
324	TRASTORNOS PRIMARIOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA(excluye: 320-321 trastornos de la personalidad)	3	0.1	22	0.6	25	0.7

BRO	NOMENCLATURA	HOSP.	%	CONS. EXT.	%	TOTAL	%
5	DEFICIENCIA MENTAL (excluye: 753.7 epiloia y esclerosis tuberosa, 289.0 gargoilismo; 344,752 hidrocefalia, 758.2 hiperteloris-mo, 020.1 parálisis cerebral juvenil, 351 paraplejia cerebral espasmódica infantil; 760,761 traumatismos obstétricos)	66	1.9	416	11.9	482	13.8
0	Idiotez	2		1		3	
1	Imbecilidad	15		6		21	
2	Debilidad mental	21		334		355	
4	Mongolismo	1		68		69	
5	Otros tipos y los no espec.	27		7		34	
6	OTROS TRASTORNOS DEL CARACTER DE LA CONDUCTA Y DE LA INTELIGENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	0.0	7	0.2	8	0.2
1	Tartamudeo y balbuceo de origen no orgánico	-		6		6	
4	Otros y los no especificados	1		1		2	
	TOTAL DE CASOS	1198		2306		3504	100.0

ANALISIS CLINICO DE DIAGNOSTICOS EN HOSPITALES Y SANATORIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS Y PRIVADOS DEL DISTRITO FEDERAL
Dic. 1968 - Agosto 1970

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"(Hospitalizados)

Al 17 de agosto de 1970

TOTAL DE PACIENTES: 424

Hombres: 243

Mujeres: 181

Ante la enorme inversión de tiempo que habría implicado de parte--del Hospital y mía la revisión de estos 424 Expedientes, el Departamento de Bioestadística me proporcionó los siguientes datos de la "Morbilidad de las Enfermedades Mentales más frecuentes", de dicho nosocomio, correspondientes al año 1969. La diferencia que habría en 1970, según--el estadígrafo que me atendió, no llegaría a ser significativa.

Morbilidad de las Enfermedades más Frecuentes en el Area de Atención de Hospitalización del 1o. de Diciembre de 1968 al 30 de Noviembre de 1969

DIAGNOSTICO	No. de Casos	%
ESQUIZOFRENIA		
Tipo simple	76	4.18
Tipo hebefrénico	29	1.59
Tipo catatónico	38	2.09
Tipo paranoide	303	16.66
Episodio esquizofrénico agudo	2	.11
Tipo esquizoafectivo	33	1.81
Tipo no especificado	223	12.26
PSICOSIS		
Psicosis no especificada	5	.27
Melancolía involutiva	7	.38
Maniaco depresiva, tipo maniaco	98	5.39
Maniaco depresiva, tipo depresivo	13	.71
Maniaco depresiva, tipo circular	2	.11
Estado paranoide	14	.77
Psicosis reactivo depresiva	2	.11
Confusión reactiva	18	.99
Reacción paranoide aguda	3	.16
Psicosis no especificada	187	10.28
Demencia senil	35	1.92
Psicosis alcohólica	72	3.96

DIAGNOSTICO	No. de Casos	%
Neurosis	108	5.94
Alcoholismo	124	6.82
Otros trastornos no psicóticos	124	6.82
Oligofrenia	86	4.72
Meningitis	1	.05
Enfermedades hereditarias y familiares del sistema nervioso	3	.16
Esclerosis múltiple	5	.27
Epilepsia	204	11.21
Otras enfermedades del sistema nervioso	3	.16
Otras enfermedades de los nervios de de los ganglios nerviosos periféricos	1	.05

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
(Consulta Externa)

Morbilidad de las Enfermedades más Frecuentes en el Area de Atención de Consulta Externa del 1o. de Diciembre de 1968 al 30 de Noviembre de 1969

DIAGNOSTICO	No. de Casos	%
ESQUIZOFRENIA		
Tipo simple	42	2.16
Tipo hebefrénico	41	2.11
Tipo catatónico	29	1.49
Tipo paranoide	168	8.65
Episodio esquizofrénico agudo	32	1.65
Tipo esquizoafectivo	18	.93
Tipo no especificado	99	5.09
PSICOSIS		
Melancolía involutiva	7	.36
Maniaco depresiva, tipo maniaco	24	1.23
Maniaco depresiva, tipo depresivo	8	.41
Paranoide	25	1.29
Psicosis reactivo depresivo	12	.62
Excitación reactiva	13	.67
Psicosis no especificada	60	3.09
Demencia senil	113	5.82
Psicosis alcohólica	150	7.72
Neurosis	415	21.41
Alcoholismo	54	2.78
Otros trastornos mentales psicóticos	189	9.73
Oligofrenia	130	6.69
Meningitis	2	.10
Enfermedades hereditarias y familiares del sistema nervioso	5	.26
Esclerosis múltiple	14	.77
Epilepsia	272	13.99
Otras enfermedades del sistema nervioso de los ganglios nerviosos periféricos	20	1.03

HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
(Hospitalización y Consulta Externa)

Morbilidad de las Enfermedades de Psicosis Alcohólica y Neurosis Alcohólica en las Areas de Atención de Consulta Externa y Hospitalización
Enero-Diciembre
1969

	Grupos de Edades					
	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más	Total	%
Psicosis alcohólica	73	103	45	12	233	5.41
Neurosis alcohólica	63	127	72	5	267	6.20
TOTAL	134	230	117	17	500	11.61

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"(Hospitalizados)

TOTAL DE PACIENTES: 130

Niños: 102
Niñas: 28

CRONICOS: 97

Niños: 76
Niñas: 21

AGUDOS: 33

Niños: 26
Niñas: 7

Total de Expedientes revisados: 130

DIAGNOSTICOS al 20 de agosto de 1970:

Epilepsia 8
Débil mental 15
Enajenación mental 1
Idiocia 4
Probable psicosis 1
Retardo mental profundo 18
Retraso psicomotriz 2
Parálisis cerebral 1
P. C. I. 2
D. M. P. 1
Hemitrofia cerebral 1
Retraso mental 30
Daño cerebral 5
Oligofrenia 16
Trastornos de la conducta 1
Cretinismo 1
Encefalitis 1
Síndrome cerebral 1
Autismo infantil 1
Probable parasitosis 1
Psicosis 2
R. M. Prof. Crísis Convul. 1
Epilepsia lobular 1
Atrofia temporal 1
Epilepsia tipo Gran Mal 2
Psicosis orgánica 1
Deficiencia mental profunda 1
Esquizofrenia 2
Débil mental profundo 1
Idiocia Eretica 1
Retardo psicomotor 1
Hiperginecia 1
Retardo mental medio 1
Oligofrenia-Epilepsia 1
R. M. P. Convul. secund. 1
Deficiencia mental-Epilep. 1
En estudio 4
Sin diagnóstico 6

TOTAL 130

SANATORIO FLORESTA(Hospitalizados)

	Hombres	Mujeres	Global
PACIENTES	87-51.2%	83-48.8%	170

Corte horizontal de diagnósticos al 12 de agosto de 1970.

DIAGNOSTICOS	Hombres	Mujeres	Global
PSICOSIS	65-74.6%	49-59%	114-67%
Demencia senil y presen.:	2- 2.2%	2- 2.4%	4- 2.3%
Demencia senil	1- 1.1%	2- 2.4%	3- 1.7%
Demencia presenil	1- 1.1%		1- 0.5%
Psicosis alcohólica:	10-11.4%		10 - 5.8%
Delirium tremens	2- 2.2%		2- 1.1%
Otras alucinosis	1- 1.1%		1- 0.5%
Paranoia alcohólica	1- 1.1%		1- 0.5%
Otras y no especific.	6- 6.8%		6- 3.5%
Asociadas con otras afecciones cerebrales:	10-11.4%	10-12%	20-11.7%
Arteriosclerosis cerebr.	3- 3.4%	6- 7.2%	9- 5.2%
Con otros trastorn. cerebrales vasculares	1- 1.1%		1- 0.5%
Con Epilepsia	3- 3.4%		3- 1.7%
Con enfermed. degenerativas del Sist. Nerv. Cen.		1- 1.2%	1- 0.5%
Con traumat. cerebrales	1- 1.1%		1- 0.5%
Con otras afecciones cerebrales no especific.	2- 2.2%	3- 3.6%	5- 2.9%
Esquizofrenia:	39-44.8%	26-31.3%	65-38.2%
Simple	4- 4.5%	5- 6%	9- 5.2%
Hebefrénica	10-11.4%	2- 2.4%	12- 6.9%
Paranoide	19-21.8%	14-16.8%	33-15.4%
Residual	2- 2.2%	3- 3.6%	5- 2.9%
Esquizo-afectiva		2- 2.4%	2- 1.1%
Otros tipos	2- 2.2%		2- 1.1%
No especificadas	2- 2.2%		2- 1.1%
Psicosis afectivas:	3- 3.4%	8- 9.6%	11- 6.3%
Tipo maniaco	1- 1.1%	6- 7.2%	7- 4.1%
Tipo depresivo		2- 2.4%	2- 1.1%
Tipo circular	2- 2.2%		2- 1.1%
Estados paranoides:	3- 3.6%		3- 1.7%
Paranoia		2- 2.4%	2- 1.1%
Parancia involutiva		1- 1.2%	1- 0.5%
Psicosis no especific.:	1- 1.1%		1- 0.5%
NEUROSIS	11-12.6%	23-27.7%	34-20%
De ansiedad	2- 2.2%	4- 4.8%	6- 3.5%
Histérica	5- 5.7%	12-14.4%	17-10%

DIAGNOSTICOS	Hombres	Mujeres	Global
Obsesivo-compulsiva		1- 1.2%	1- 0.5%
Depresiva	2- 2.2%	3- 3.6%	5- 2.9%
Hipocondriaca	2- 2.2%	1- 1.2%	3- 1.7%
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	1- 1.1%	1- 1.2%	2- 1.1%
Personalidad histérica		1- 1.2%	1- 0.5%
Personalidad antisocial	1- 1.1%		1- 0.5%
ALCOHOLISMO	18-20.6%	2- 2.4%	20-11.7%
Excesos habituales	6- 6.8%		6- 3.5%
Adicción	11-12.6%	2- 2.4%	13- 7.6%
Otras y no especific.	1- 1.1%		1- 0.5%
ADICCION A DROGAS	3- 3.4%	4- 4.8%	7- 4.1%
Otros hipnóticos y sedantes	2- 2.4%	2- 2.4%	4- 2.3%
Marihuana	1- 1.1%		1- 0.5%
Otros psicoestimulantes		1- 1.2%	1- 0.5%
Otras		1- 1.2%	1- 0.5%
TRASTORNOS MENTALES NO ESPECIFICADOS COMO PSICOTICOS ASOCIADOS CON AFECCIONES SOMATICAS	5- 5.7%	9-10.8%	14- 8.2%
Con traumatismos cerebr.	2- 2.2%		2- 1.1%
Con Epilepsia	3- 3.4%	8- 9.6%	11- 6.3%
Con otras somáticas y no especificadas		1- 1.2%	1- 0.5%
OLIGOFRENIA	2- 2.2%	3- 3.6%	5- 2.9%
Discreta		3- 3.6%	3- 1.7%
Moderada	1- 1.1%		1- 0.5%
Severa	1- 1.1%		1- 0.5%

SANATORIO "DR. LAVISTA"(Hospitalizados)

TOTAL DE PACIENTES: 250

Hombres: 116

Mujeres: 134

Expedientes revisados: 250

DIAGNOSTICOS al 25 de agosto de 1970:

Esquizofrenia procesual 1
Idiocia 2
Psicosis postpartum 1
Alcoholismo crónico 25
Reacción depresiva de tipo situacional 1
Esquizofrenia en fase de deterioro 1
Psicosis senil 15
Demencia senil 10
Esquizofrenia post-traumática 2
Epilepsia 2
Agitación psicomotriz 1
Síndrome cerebral agudo 6
Alcoholismo involutivo 1
Psiconeurosis mixta 4
Psicosis hebefrénica 3
Demencia por arteriosclerosis 6
Reacción depresiva de tipo reactivo 8
Proceso esquizofrénico 1
Esquizofrenia paranoide 78
Síndrome cerebral post-traumático 2
Síndrome de Kórsakof 1
Esquizofrenia catatónica 2
Personalidad histérica 1
Histeria 1
Esquizofrenia Esquizo-Afectiva 1
Síndrome de confusión mental 1
Esquizofrenia incipiente 1
Adicción a marihuana y pastillas 1
Esquizofrenia simple 4
Síndrome cerebral crónico 11
Neurosis de ansiedad 8
Psiconeurosis 1
Psiconeurosis depresiva 1
Psiconeurosis hipocondriaca 1
Psicosis alcohólica 4
Alcoholismo episódico 1
Reacción psicótica indiferenciada 3
Debilidad mental 1
Trastornos de conducta 2
Orgánico confuso 1
Psicosis indiferenciada 1
Psicosis maniaco-depresiva 14
Alcoholismo agudo 1
Epilepsia tipo Gran Mal con Esquizofrenia paranoide 6
Psiconeurosis de angustia 8

Sin diagnóstico 3

TOTAL 250

CONCLUSIONES

1).- La protección de la salud del hombre, por medio de la prevención y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación del paciente en su grupo social, debe tomar siempre en cuenta el concepto de unidad bio-psico-social, que es, inherente al ser humano.

2).- El Estado y la Iniciativa Privada deberán esforzarse hacia un mejor aprovechamiento de los servicios profesionales de : médicos, psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, educadoras, sociólogos, biólogos, etc. También son sumamente importantes los centros de cultura superior, sobre todo los que tienen carácter nacional, como son las Universidades e Institutos Tecnológicos, sobre quienes recae, entre otras tareas, la responsabilidad de impartir una sólida y eficaz preparación académica a los jóvenes, que después cuidarán todos los aspectos de la salud de sus congéneres. Es propio de estos centros culturales, la investigación, cuya finalidad debe ser encontrar métodos cada vez más efectivos en la lucha contra las enfermedades. Con importancia similar tenemos, así mismo, la contribución de los demás miembros de la sociedad, principalmente los padres de familia y los maestros de instituciones educativas de nivel elemental y medio.

3).- Para que los profesionales relacionados directamente con esta función de combatir la enfermedad, cumplan en forma adecuada con su cometido, se requiere que efectúen labor profiláctica, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. En el caso específico que nos ocupa de la enfermedad mental, la labor de profilaxis es muy importante y debe tomar en cuenta la comprensión de la importancia de la infancia, debido a la inferioridad biológica del niño y a su plasticidad psicológica que origina el período de mayor vulnerabilidad en el ser humano.

4).- Para que la labor profiláctica, tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales sea efectiva, debe realizarse la suficiente-- investigación etiológica, terapéutica y farmacológica, etc. con la --- mente abierta a todas las posibilidades, en especial las psicológicas, sin caer en el error del dogmatismo, el cual impide el avance de la -- ciencia.

En segundo lugar, la iniciativa pública y privada deben cooperar- para el establecimiento de un número suficiente de Instituciones pre-- ventivas, de tratamiento y de rehabilitación adecuadas para este tipo- de padecimientos y aumentar la cantidad de especialistas.

5).- En lo que se refiere a nuestro país, en relación con este -- problema de la enfermedad mental, nos damos cuenta, que ha sido hasta- muy recientemente, cuando se ha impulsado el interés por buscar solu-- ciones para mitigarlo. Y expresión de ello ha sido los numerosos hos-- pitales para enfermos mentales que se han construido en la República,- entre los que sobresalen el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Al- varez", el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y el-- Instituto Nacional de Neurología, en el Distrito Federal. Las condi--- ciones "dantescas" en que vivían los enfermos en el Manicomio de la -- Castañeda, ya han quedado atrás, sólo como un recuerdo ingrato que --- preferiríamos olvidar.

Sin embargo, es mucho lo que falta por hacer, para darnos una --- idea, consideremos, que existen más de 1.000,000 de enfermos mentales- en México y que dichos pacientes cuentan tan solo con 8,315 camas psi- quiátricas ... .

6).- De esta tesis, resalta con claridad la gran urgencia que te- nemos de combatir las enfermedades mentales, y que entre ellas merecen especial atención de parte del Estado y la Iniciativa Privada de nues-

tro país, aquellos padecimientos que ocupan los primeros lugares en incidencia.

7).- Es altamente deseable, la creación de una "conciencia nacional" frente a la enfermedad mental, para ello se requiere que se dé información al pueblo sobre la gravedad de este problema y deben utilizarse todos los medios de difusión a nuestro alcance como son: la prensa, radio, televisión, escuelas, hospitales, centros culturales, etc.

8).- Por todas las razones expuestas, se puede concluir con certeza, que la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales en México, es un problema serio, que requiere la atención de todos los ciudadanos para su mejor solución.

RESUMEN

1).- Se da una definición de la "mente".

2).- Se expresa un concepto de enfermedad psicosocial.

3).- Se hace una revisión bibliográfica de la definición de enfermedad mental a través de la historia.

4).- Se define la psicopatología y se explican sus aspectos.

5).- Se mencionan las diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales en el transcurso de los tiempos.

6).- Se narra la historia del tratamiento de la enfermedad mental en México, desde la época prehispánica hasta la actualidad.

7).- Se da una definición de salud mental.

8).- Se explica cómo está organizada la atención de la Salud Mental Pública en México.

9).- Se habla ampliamente, sobre las Instituciones y Servicios más importantes para enfermos mentales existentes en la nación.

10).- Se expone la incidencia de los padecimientos psíquicos en el país.

11).- Se explica la terapéutica de las enfermedades mentales.

12).- Se analiza la situación de los pacientes psiquiátricos en la República.

13).- Se describe la relación entre psiquiatría y delincuencia.

14).- Se habla de genética en los padecimientos mentales y las ---

perspectivas criminológicas.

15).- Se comenta la situación del enfermo mental que delinque ante la Legislación Penal Mexicana.

16).- Se señalan unas conclusiones sobre la Legislación de Alienados en México.

17).- Se presentan análisis clínicos de diagnósticos de las diversas enfermedades mentales que padecemos en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 1: 5, 1966.

2.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 2: 42, 1968.

3.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 1: 2-3, 1966.

4.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 1: 3-4, 1966.

5.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 1: 4-5, 1966.

6.- Wld. Hlth. Techn. Rep. Ser.: Epidemiology of Mental Disorders. No. 185, 1960.

7.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 2: 42, 1968.

8.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 2: 43, 1968.

9.- Horwith J. D. y Marconi J. Boletín de la O. P. S. El Problema de las definiciones en el Campo de la Salud Mental. Washington, D. C., E. U. A. Vol. LV No. 4, página 300, abril de --- 1966.

10.- Webster's New International Dictionary, 2a. edición, 1959.

11.- Hinsie, L. E. y Campbell, R. V.: Psychiatric Dictionary. Nueva York: Oxford University Press, 1960.

12.- English, H. B. y English Ava C.: A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalitycal Terms. Nueva York: Longmans, Green and Co., 1958.

13.- S. H. Frazier y Arthur C. Carr.:Introducción a la Psicopatología, 1: 1-6, 1969.

14.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 1: 3, 1966.

15.- Revista Criminalia. Año XXXV. Pág. 336, mayo de 1969.

16.- Revista Criminalia. Año XXXV. Página 337, mayo de 1969.

17.- Revista Criminalia. Año XXXV. Pág. 336, mayo de 1969.

18.- Revista Criminalia. Año XXXV. Pág. 339, mayo de 1969.

19.- Calderón Narváez Guillermo: Los Nuevos Hospitales Psiquiátricos de México. Revista Neurología- Neurocirugía- Psiquiatría, Vol. XI No. 2. Págs. 143-44, 1970.

20.- Calderón Narváez Guillermo: Los Nuevos Hospitales Psiquiátricos de México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. X No. 6. Págs. 876, 1968.

21.- Calderón Narváez Guillermo: La Asistencia Psiquiátrica en México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. XI No. 2. Págs. 144-146, 1970.

22.- Calderón Narváez Guillermo: Hospitales Psiquiátricos de México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. VII-No. 3. Págs. 113-115,1966.

23.- Calderón Narváez Guillermo: Hospitales Psiquiátricos de México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. VII-No. 3. Pág. 115, 1966.

24.- Calderón Narváez Guillermo: Hospitales Psiquiátricos de México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. VII

No. 3. Págs. 115-117,1966.

25.- Cabildo M. H. Dr.: La Higiene Mental en la Salud Pública de México. Méx., D. F., Vol. I No. 2. Págs. 173-175, octubre--diciembre de 1959.

26.- Cabildo M. H. Dr.: La Higiene Mental en la Salud Pública -- de México. Méx., D. F., Vol. III. Pág. 367, mayo-junio,1963.

27.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional.

28.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria: Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano. Revista.

29.- Calderón Narváez Guillermo: Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. IV No. 2. Págs. 74-76.

30.- Memorias de las Primeras Jornadas de Psiquiatría Institucional. S. S. A., 1967.

31.- Calderón Narváez Guillermo: La Asistencia Psiquiátrica en -- México. Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol.XI No. 2 Págs. 148-149, 1970.

32.- Calderón Narváez Guillermo: Hospitales Psiquiátricos de México desde la Colonia hasta la actualidad. Revista Neurología- Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. VII No. 3, Págs. 111-126, 1966.

33.- O. M. S.: Serie de Informes Técnicos No. 9

34.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Dis--

trito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 3: 65-66, 1968.

35.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 3: 67, 1968.

36.- S. S. A.: Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, Hospital Campestre "Dr. Rafael Serrano". Revista, pág. 1.

37.- S. S. A.: Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, Hospital Campestre"Dr. Samuel Ramírez Moreno". Revista, pág. 1.

38.- S. S. A.: Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza". Revista, pág. 1.

39.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 3: 67-68, 1968.

40.- Rivera Melo Vázquez Vicente: Salud Mental Pública en el Distrito Federal. 1966-67, Tesis recepcional, 3: 70-71, 1968.

41.- Anuario Estadístico de Servicios Médicos, Recursos Humanos,- Materiales y de Servicios del IMSS, págs. 9, 14, 18 y 35. 1969

42.- ISSSTE: Anuario Estadístico de Servicios Médicos del Centro Hospitalario "20 de Noviembre". 1971

43.- ISSSTE: Anuario Estadístico de Servicios Médicos. 1970

44.- Field Slade Rocío Leila: Algunas Enfermedades Neuropsiquiá-- tricas y su importancia en relación con la Salud Pública, -- Tesis recepcional, 4: 80, 1964.

45.- Field Slade Rocío Leila: Algunas Enfermedades Neuropsiquiá--

tricas y su importancia en relación con la Salud Pública,-

46.- Ramos Ramos José: Psicosis Epiléptica, su importancia e -- incidencia en México. Tesis recepcional, págs. 71 y 77, 1966.

47.- Meza Aranda Francisco: La Oligofrenia como Problema Indi-- vidual y Social. Tesis recepcional, 2: 9, 1965.

48.- Meza Aranda Francisco: La Oligofrenia como Problema Indi-- vidual y Social. Tesis recepcional, págs. 83, 84 y 92, --- 1965.

49.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, págs. 209-210,- 1961.

50.- Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol. VI No. 1, págs. 21, 1965.

51.- Field Slade Rocío Leila: Algunas Enfermedades Neuropsiquiá- tricas y su importancia en relación con la Salud Mental Pública, Tesis recepcional, 4: 80, 1964.

52.- S. S. A.: Primera Investigación Nacional de Enfermedades -- Neurológicas y Psiquiátricas. Pág. 13, 1960.

53.- S. S. A.: Memorias de las Primeras Jornadas de Psiquiatría- Institucional. 1967

54.- Indice Nacional de Terapéutica y Enfermedades. Vol. II, --- Sección de Diagnósticos, págs. 1-386, 1970.

55.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 32: 602, 1966.

56.- Schilder Paul: Tratado de Psicoterapia, pág. 11, 1965.

57.- S. H. Frazier y Arthur C. Carr: Introducción a la Psicopatología, 13: 131-138, 1969.

58.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 32: 623-24, 1966.

59.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 32: 629, 1966.

60.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 32: 615-619, 1966.

61.- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, 4: 117---121, 1969.

62.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 33: 631-642, 1966.

63.- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, 4: 123,--1969.

64.- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, 4: 123,--1969.

65.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 34: 649-651, 1966.

66.- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, 4: 124,--1969.

67.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 34: 660, 1966.

68.- S. H. Frazier y Arthur C. Carr: Introducción a la Psicopatología, 12: 128, 1969.

69.- Mezer R. Robert: Psiquiatría Dinámica, 6: 100, 1968.

70.- Mezer R. Robert: Psiquiatría Dinámica, 6: 101, 1968.

71.- Hill B. Lewis: Psicoterapia en la Esquizofrenia, 8: 124, --- 1956.

72.- Mezer R. Robert: Psiquiatría Dinámica, 6: 101, 1968.

73.- S. H. Frazier y Carr C. Arthur: Introducción a la Psicopatología, 12: 129, 1969.

74.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 34: 662, 1966.

75.- Noyes y Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 34: 665-666, 1966.

76.- Bellak y Small: Psicoterapia Breve y de Emergencia, 4: 124,- 1969.

77.- Revista Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol. IV No. 3, 1963.

78.- Revista Criminalia. Año XXXV. Págs. 365-368, mayo de 1969.

79.- Revista Criminalia. Año XXXV. Págs. 342-352, mayo de 1969.

80.- S. S. A.: Memorias de las Primeras Jornadas de Psiquiatría Institucional. 1967

81.- Revista Criminalia. Año XXXV. Pág. 340, mayo de 1969.